ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
КРАСНОЙ АРМИИ

ВОЛОГОДСКАЯ ОБЛАСТ. БИБЛИОТЕКА

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ж 7851

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ
Ответственный секретарь
полковник медицинской службы С. М. БАГДАСАРЬЯН

Члены редколлегии:
генерал-лейтенант медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН,
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ

ЯНВАРЬ — ФЕВРАЛЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МОСКВА — 1944

Адрес редакции ВМЖ Москва, 160

Отв. редактор Е. И. СМИРНОВ

Издается с 1823 г. Л39134. Подписано к печати 11/III 1944 г.
Печ. л. 6 Авт. л. 7,20. Знаков в 1 п. л. 55 тыс. Цена 4 р. Заказ 125.

Типография «Красное знамя», Москва, Сущевская, 21.

Полковник медицинской службы *С. М. Багдасарьян*

ВСЕСТОРОННЕ ИЗУЧАТЬ И УМЕЛО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ОПЫТ ВОЙНЫ

За время Великой отечественной войны во всех военно-медицинских учреждениях фронта и тыла накопился огромный и весьма поучительный опыт практической работы. Наши медицинские кадры прошли суровую школу современного боя, приобрели необходимую закалку и ценнейшие навыки в области организации лечебно-эвакуационного обслуживания войск в различных условиях боевой обстановки.

Военно-врачебное искусство идет по пути дальнейшего совершенствования. Лучшие традиции русской военной медицины, идеи гениального русского хирурга Н. И. Пирогова получили достойное применение в деле медицинского обслуживания войск в дни ожесточенных боев с немецко-фашистскими захватчиками. Наши медицинские работники научились в сложных условиях современного боя организовать быстрое оказание медицинской помощи, вынос раненых с передовых позиций, этапное лечение с эвакуацией по назначению, научились умело маневрировать полевыми санитарными учреждениями. Все это позволяет успешно разрешать основную задачу — возвращать в строй как можно больше раненых воинов.

Однако мы ни в коем случае не можем довольствоваться достигнутым. Каждый военно-медицинский работник повседневно должен учиться на опыте войны, все более совершенствовать свои знания, стремиться быть подлинным мастером своего искусства.

«Дело победы над врагом, — указывается в приказе народного комиссара обороны маршала Советского Союза товарища Сталина, посвященном 25-летию Академии им. М. В. Фрунзе, — требует постоянного и глубокого изучения опыта Отечественной войны и немедленного использования этого опыта в войсках».

Организация медицинского обслуживания действующей армии находится в прямой и тесной зависимости от оперативно-тактической обстановки — непрерывного развития методов использования различных родов войск, видоизменения приемов боевых действий. Для того чтобы правильно и успешно организовать эвакуацию и лечение раненых, военные медики должны внимательно следить за всеми этими изменениями, во-время приспособляться к новым условиям, решительно отказываясь от всего ог-

жившего, не соответствующего требованиям нынешнего дня. Долг каждого войскового санитарного начальника — смело внедрять в практику лучшие образцы работы, поощрять людей растущих, искренне заботящихся о всестороннем медицинском обслуживании нашей доблестной армии. Нельзя при этом пренебрегать «мелочными вопросами». Любая мелочь, в зависимости от условий, обстановки, степени знаний и навыков работника, может превратиться в важный фактор выздоровления раненого воина. Наша ответственнейшая работа должна носить углубленный характер с разумным и своевременным использованием решительно всего, что способно в той или иной степени улучшить и ускорить лечение раненого и вообще все виды его обслуживания.

В большой войне деятельность как военной медицины, так и гражданских органов здравоохранения приобретает важное государственное значение. Вся работа медицинской службы—от наложения первичной повязки на поле боя и до сложнейшей хирургической операции в госпитальной обстановке глубокого тыла—должна быть так построена, чтобы в кратчайшие сроки возвращать армии максимальное количество раненых воинов. Об этом нельзя забывать ни на минуту, тем более что данный контингент войск, обстрелянный, побывавший в боях, представляет надежнейший костяк армии, насаждающий в ее рядах свой боевой опыт и лучшие традиции бывалых солдат. Наконец, нужно постоянно помнить и о том, что наши усилия должны быть направлены на максимальное достижение также и другой важнейшей цели—возвратить государству как можно больше трудоспособных людей для работы в тылу — на фабриках, заводах, в колхозах, учреждениях, предприятиях.

Решение указанных весьма ответственных и сложных задач возможно лишь при одном условии: если повседневно мы будем изучать богатый опыт войны, во-время и смело применять новые методы лечения, рационализировать и улучшать обслуживание раненых воинов Красной Армии.

С первых же дней священной Отечественной войны советского народа против немецко-фашистских захватчиков помощь раненым и больным воинам организована у нас в таких размерах, какие доступны только нашей стране. Сталинская забота о человеке — непреложный для всех нас закон. Наши госпитали и полевые медицинские учреждения снабжены всем необходимым — оборудованием, медикаментами, бельем, продуктами питания. Здесь собраны лучшие, искуснейшие врачи-профессора, цвет советской медицинской науки. Рука об руку с военно-медицинской службой работает такой солидный санитарный тыл, как гражданские органы здравоохранения, которые все свои усилия прилагают к тому, чтобы возможно скорее вернуть фронту полноценными воинами раненых и больных бойцов и командиров Красной Армии.

К сожалению, многие руководящие работники как Главного военно-санитарного управления, так и фронтов и округов недостаточно зучают и используют те богатые материалы, которые по-

ступают к ним в виде докладов и отчетов о работе полевых и тыловых медицинских учреждений.

Между тем эти материалы, как в зеркале, отражают нашу работу по медицинскому обслуживанию войск, показывая на конкретных фактах положительные и отрицательные в ней моменты, фиксируя практический опыт данного учреждения за определенное время в условиях определенной боевой оперативно-тактической обстановки. Не изучая и не обобщая на основе критического анализа доклады и отчеты с мест, нельзя достигнуть больших успехов в области правильного руководства и управления полевыми и тыловыми медицинскими учреждениями, равно как и в области изыскания наилучших методов лечебной и профилактической работы в войсках. Изучение и умелое использование поступающих с фронтов и из округов материалов может стать одним из действенных рычагов в повседневном совершенствовании военно-врачебного искусства при условии, если все лучшее, подкрепленное опытом, будет во-время сделано достоянием широкой массы наших врачей.

Многие ценные материалы, к сожалению, залеживаются в шкафах наших управлений и отделов как в центре, так и на местах без всякого движения. Руководящие работники, которым адресованы эти материалы, будучи зачастую всецело поглощены «текучкой», забывают о них, не думая о том, что чрезвычайно полезно для дела было бы привлечь к их разработке квалифицированных специалистов.

Наши войсковые и полевые медицинские учреждения, представляя свои отчеты, совершенно законно, но тщетно ожидают критических указаний со стороны руководящих работников, одобрения или осуждения своего опыта, сообщения о лучших образцах работы медицинских учреждений других армий, фронтов и округов.

Вместе с тем нельзя не отметить, что мы еще редко встречаем на страницах центрального «Военно-медицинского журнала» фамилии наших руководящих санитарных начальников и главных специалистов. А они, несомненно, на основе богатого опыта войны могли бы показать широким кругам медицинских работников те достижения, которые мы имеем по всем разделам военной медицины, и в то же время — предостеречь от наметившихся типичных ошибок и промахов в нашей работе.

Нам кажется также, что пришло уже время (и не надо его упускать) обстоятельных статей, брошюр и монографий по таким важнейшим вопросам, как медико-санитарное, хирургическое, противоэпидемическое обеспечение отдельных армейских и фронтовых наступательных операций.

Не изучая опыта войны и не делая из него необходимых выводов, нельзя должным образом организовать лечение и эвакуацию раненых. Знакомясь с документами прошлого, мы убеждаемся, какое исключительное значение придавал гениальный русский хирург Н. И. Пирогов собиранию исторического материала, его критическому анализу и обобщению. Его «Севастопольские письма»

1854—1855 гг. и «Дневник старого врача» красноречиво говорят о том, как бережно относился он к историческим фактам, имея в виду большую пользу, какую они могут принести молодому поколению. Замечательный пример того, как нужно изучать опыт войны, показывает его «Отчет о посещении военно-санитарных учреждений в Германии, Лотарингии и Эльзасе в 1870 г.». Детально изучив опыт прусской войны, Н. И. Пирогов с большой полнотой описал организацию медицинского обслуживания действовавших в то время войск, положительные и отрицательные стороны работы военно-санитарного ведомства воевавших стран. На основе тщательного анализа приведенного материала он сделал поучительные выводы для отечественной военной медицины.

Многие из его высказываний не потеряли своей актуальности и в наше время. В соответствии с современными условиями и требованиями они нашли свое практическое применение в дни Великой отечественной войны, и их неуклонное проведение немало способствовало тем достижениям советской военной медицины, которые признаются далеко за пределами нашего отечества.

О том, какое значение имеет правильно учтенный опыт войны, наглядно свидетельствуют большие штатно-организационные изменения, происшедшие в структуре нашей санитарной службы со времени советско-финляндской войны 1939—1940 гг. Изучение опыта боев на Хасане, Халхин-Голе и в Финляндии дало нам возможность пересмотреть ряд принципиальных установок военной медицины.

История войн убедительно показывает, что ни одна санитарная служба, вступая в войну, не имела единой военно-полевой медицинской доктрины. Что это так, мы знаем из истории первой мировой войны, когда масштабы войны заставили французов и немцев серьезно беспокоиться об установлении единого языка. Различные конференции и съезды, устраиваемые ими, все же не дали должных результатов, налицо были расхождения, в особенности по такому важному вопросу, как первичная обработка и первичный шов. Не лучше дело обстояло и в русской армии. Санитарная служба вышла на войну без достаточно продуманной системы лечебно-эвакуационного обслуживания войск, без наличия каких бы то ни было единых установок в деле лечения раненых и возвращения их в строй. В силу этого возврат раненых в русской армии равнялся только 40%.

Наше военно-санитарное руководство, учтя опыт медицинского обслуживания русской и иностранных армий, а также боевых действий на реке Халхин-Гол и в Финляндии, выработало единую военно-полевую медицинскую доктрину, вооружив ею кадры военных медиков.

Первым документом, регламентирующим работу войсковых хирургов, были «Указания по военно-полевой хирургии», вышедшие в свет тотчас же после начала войны — в июле 1941 г. Этот документ, действующий и поныне, воспитал наших хирургов, помог установить единый взгляд на происхождение и развитие болезней, на методы их профилактики и лечения, обусловив в то же время

единое понимание принципов хирургической работы в полевой санитарной службе.

Непрерывно накапливающийся опыт войны вскоре же потребовал внесения в «Указания» ряда изменений и дополнений, что и было осуществлено во втором издании, опубликованном в апреле 1942 г.

Прямым продолжением «Указаний» являются «Инструкции по методам хирургического лечения» — для эвакогоспиталей, которые, как известно, призваны завершать работу полевой санитарной службы по восстановлению здоровья раненых и быстрейшему возвращению их в строй.

Другим важным установочным документом было вышедшее тоже в начале Отечественной войны «Наставление по санитарной службе», показывающее организацию и взаимодействие отдельных полевых санитарных учреждений в войсковом районе.

Нельзя было, однако, ограничиться только этими руководящими документами. Требовалась еще широкая пропаганда основных установок единой военно-полевой медицинской доктрины, уточнение и изменение ряда положений на основе опыта текущей войны. С этой целью Главное военно-санитарное управление Красной Армии выпустило многочисленные инструкции, руководства и положения по лечебно-эвакуационному обслуживанию войск, по новым методам лечения.

Эта энергичная деятельность в области фиксации и популяризирования многообразного опыта войны и меняющихся в зависимости от оперативно-тактической боевой обстановки условий работы находит живой отклик на периферии как в тыловых, так и во фронтовых учреждениях санитарной службы. Так, например, санитарным отделом Уральского военного округа (начальник отдела — полковник медицинской службы М. Г. Лазарев) на основе использования научно-исследовательского материала, сосредоточенного в эвакогоспиталях округа, выпущено несколько сборников под общим названием «Санитарная служба в дни Отечественной войны». Санитарный отдел Сибирского военного округа (начальник отдела — полковник медицинской службы А. Н. Правдин) издал сборник научных работ лечебных учреждений округа.

Интенсивную деятельность в этом направлении развернуло Санитарное управление Ленинградского фронта (начальник — генерал-майор медицинской службы Д. Н. Верховский, главный хирург — генерал-майор заслуженный деятель науки профессор П. А. Куприянов). Здесь вышел в свет ряд сборников и отдельных трудов по различным вопросам лечебно-эвакуационного обслуживания армии, военно-полевой хирургии, противоэпидемической защиты войск и др.

Заслуживает особо быть отмеченной плодотворная научно-исследовательская работа, проводимая систематически и по заранее продуманному плану Распределительным эвакуационным пунктом (начальник — полковник медицинской службы С. Г. Сиверс). Здесь тоже издан ряд сборников по вопросам военно-полевой хирургии, терапии и рентгенологии и несколько монографий,

трактующих актуальные организационные и лечебные проблемы военной медицины.

В тех или других масштабах работа по исследованию, обобщению опыта санитарной службы и обмену им ведется во всех военных округах и на всех фронтах Великой отечественной войны.

Огромная роль в деле обобщения опыта военной медицины в Отечественной войне принадлежит Ученому медицинскому совету, на пленумах которого обсуждаются научно-практические вопросы военной медицины. Материалы его работ, издаваемые типографским способом, должны быть тщательно изучены медицинскими кадрами армии, ибо в них подводятся итоги нашей работы, намечаются дальнейшие пути развития нашего военно-врачебного искусства.

Научно-исследовательская работа, посвященная изучению и вопросам исследования текущего опыта военной медицины, проводится у нас в широких масштабах. Этой работой заняты не только наши научно-исследовательские институты, лаборатории, специальные кафедры и клиники в глубоком тылу, но также и многочисленные учреждения полевой санитарной службы.

Особенно следует отметить достижения в этой области на N-ском фронте, где главным хирургом генерал-майор медицинской службы заслуженный деятель науки профессор Н. Н. Еланский. В ноябре 1942 г. здесь был организован Ученый медицинский совет при Санитарном управлении фронта, на первом же своем пленуме, 10 ноября 1942 г., наметивший конкретный план научно-исследовательской работы на 1943 г. для лечебных учреждений фронта. К числу наиболее важных проблем этого плана относятся: организационные вопросы лечебно-эвакуационного обслуживания войск; профилактика, диагностика и лечение шока; асептика и антисептика в полевых условиях; лечение огнестрельных ран и переломов; ранняя диагностика и лечение анаэробной инфекции; ранения черепа, мозга, грудной клетки, живота и др. Большинство этих тем практически разработано, и результаты доложены на научных конференциях врачей фронта или изданы в виде отдельных сборников («Опыт врачей N-ского фронта» и др.), или же опубликованы на страницах журнала «Военно-санитарное дело».

Во всех санитарных учреждениях фронта и тыла ключом бьет живая творческая медицинская мысль, направленная на изыскание новых методов лечения раненых и больных воинов, на рационализацию и усовершенствование медицинской техники и способов ее использования; на всемерную экономию предметов медицинского снабжения. Из поступивших в этом плане в течение 1942 и 1943 гг. предложений фронтовых работников Главным военно-санитарным управлением Красной Армии одобрено и принято к использованию в практике санитарной службы восемьдесят. Около сорока предложений находится в стадии рассмотрения.

Наконец, одним из крупных событий в истории санитарной службы Красной Армии является создание в обстановке войны Музея военной медицины. В этом музее будет собрано все наибо-

лее значительное, по чему можно шаг за шагом проследить развитие и совершенствование отечественной военно-медицинской науки. Музей должен быть в центре нашего внимания. Наша обязанность — всемерно помогать этому учреждению, посылать сюда все те материалы, которые показывают славные дела наших санитарных работников.

«К сожалению,— указывает в своей директиве начальникам санитарных служб фронтов, армий, округов и войсковых соединений начальник Главвоенсануправ,— все еще мало принято мер, чтобы отразить... героические дела медицинской службы в ясной форме для последующего изучения. Исчезают многие детали, характеризующие условия и обстановку, в которых протекала деятельность отдельных лиц и учреждений службы в Великой отечественной войне советского народа против немецких захватчиков.

Обобщение богатейшего опыта военной медицины в Отечественной войне должно быть центром внимания военно-медицинских начальников всех степеней и главных специалистов фронтов и военных округов».

В целях систематического собирания и обобщения соответствующих материалов в этой директиве предлагается начальникам всех войсковых, полевых и тыловых военно-медицинских учреждений немедленно приступить к составлению истории каждого данного учреждения. Историческое описание должно быть начато кратким изложением хода формирования учреждения и характеристикой этапов его работы за время войны. В нем должны быть отображены деятельность учреждения по всем разделам военной медицины, героическая работа медицинских кадров и их рост. К описанию следует прилагать соответствующие схемы, статистические таблицы, вырезки из фронтовых и армейских газет, фотографии как характерных моментов из жизни учреждения, так и особо отличившихся санитарных работников. Описание рассчитано на две части, из которых первая должна быть закончена и представлена в Главное военно-санитарное управление 1 марта 1944 г.

Нужно помнить, что изучение опыта войны, составление истории санитарных учреждений должны не только иметь в виду будущих историков, но и преследовать более близкие, так сказать, «злободневные» цели. Уже сейчас в самом ходе войны нужно изучать материалы, касающиеся медицинского обслуживания каждой данной боевой операции, делать критические анализы их, учитывая положительные и отрицательные стороны деятельности санитарной службы, внедряя в свою практику то новое, что может еще более укрепить военно-медицинское дело, еще более улучшить организацию войскового здравоохранения.

Для популяризации лучших образцов работы военно-медицинской службы и быстрейшего обмена опытом нужно широко использовать армейскую и фронтовую печать, а также страницы центрального «Военно-медицинского журнала». На местах следует своими силами выпускать листовки, небольшие брошюры, знакомящие с новыми методами лечения и ценными рационализаторскими

предложениями по экономии в расходовании медикаментов и других предметов медицинского снабжения.

В госпиталях и полевых лечебных учреждениях надо широко практиковать конференции врачей и работников медицинского снабжения, обобщать опыт боевых действий, извлекать из него для себя уроки и доводить до сведения всех военных медиков как положительные образцы работы, так и допускаемые в тех или других случаях ошибки.

Всесторонне изучать опыт войны, умело и во-время использовать его — задача всех медицинских работников Красной Армии.

Генерал-майор медицинской службы Ф. А. ХОДОРКОВ

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОЙ РАБОТЫ В ЗИМНИХ УСЛОВИЯХ

Успешные наступательные действия Красной Армии ставят перед санитарной службой ряд важных задач по медицинскому обеспечению войск Эти задачи особенно осложняются зимними условиями работы.

В своем приказе № 309 от 7.XI.1943 товарищ Сталин указывает на необходимость «быстро подтягивать тылы».

Отставание лечебно-эвакуационных учреждений от войск зимой равносильно полному срыву медицинского обеспечения. Вся деятельность любого санитарного начальника, начиная с войскового и кончая тыловым районом, должна быть в первую очередь посвящена решению этой кардинальнейшей задачи — не отставать от войск.

Руководство Главного военно-санитарного управления Красной Армии в служебном письме указывало: «...важно одно, что эти госпитали должны перебрасываться вперед по мере передвижения войск. Работа этих госпиталей имеет большую специфику, требующую определенных организационных и практических навыков от личного состава. Размещение этих госпиталей будет связано с невероятными трудностями. То, что их придется часто развертывать в крестьянских избах,— это аксиома, но что часто этого нельзя будет сделать и придется прибегать к землянкам, палаткам и т. д. это нужно твердо знать и быть к этому готовым».

Продвижение войск вперед изо дня в день, из недели в неделю на разное количество километров требует такой же систематической передвижки вперед лечебно-эвакуационных учреждений. Разница только в том, что если медсанбаты могут менять места своей дислокации каждые 2—3 дня, то полевые госпитали меняют их иногда раз в 6—8 дней, а эвакуационные госпитали значительно реже.

Таким образом, ежедневно значительное количество лечебно-эвакуационных учреждений находится в состоянии свертывания, в пути и развертывания, т. е. по сути дела теряется для практического использования. Так как средства санитарной службы во всех ее звеньях достаточно ограничены, то каждый день и час, сэкономленные на передислокации учреждений, дают огромный эффект.

Однако в ряде случаев наблюдается недостаточно серьезное отношение санитарных начальников к вопросам организации бы-

стрейшей передислокации учреждений и скорейшего введения их в строй. Например, при передислокации эвакогоспиталей фронтовой госпитальной базы не учитывается, что госпитали будут находиться в пути по железной дороге иногда до 1—2 месяцев. Все это время коллективы госпиталей и их материальное оснащение остаются мертвым капиталом. А ведь можно было бы основную медицинскую группу личного состава госпиталей с необходимым медицинским инструментарием быстро направить вперед и использовать на работе в других действующих и, как правило, перегруженных в это время госпиталях. Забывают и о том, что передислоцируемым госпиталям следует самим заботиться о подготовке для себя условий размещения. Брошенная вперед группа хозяйственных работников с подсобными рабочими могла бы за время движения госпиталя подготовить необходимые помещения, отремонтировать их, приспособить, завезти топливо, подготовить продукты.

Работы по приспособлению и ремонту помещений для эвакогоспиталей всегда будет много, так как враг разрушает все, что может. Об этих трудностях предупреждал начальник Главвоенсанупра и требовал: «Если нет условий для размещения эвакогоспиталей, нужно их создавать».

Таким же важным является вопрос о преемственности в использовании помещений. Иногда эвакогоспитали, приходящие на место ГЛР или ППГ, застают голые помещения и должны начинать работу по их приспособлению заново. Больше того, иногда огромный труд, проделанный коллективом лечебно-эвакуационного учреждения по созданию условий для размещения раненых, тратится впустую с уходом этого учреждения, так как вновь приходящие учреждения ставятся санитарными начальниками в другое место без особых к тому оснований. Иногда лечебно-эвакуационные учреждения, имея свободное время, не используют его для развертывания такого количества мест, которое превышает их потребность, забывая, что сюда же могут притти такие учреждения, которым потребуется значительно большая площадь, на которые не будут иметь времени для ее оснащения.

Помещения этапов санитарной эвакуации должны передаваться одним учреждением другому. Каждый начальник лечебно-эвакуационного учреждения, приспособляя помещение для своего учреждения, должен одновременно думать и о тех учреждениях, которые станут на его место.

В армии, где начальником санитарной службы т. Григорьев, работники медсанбатов, вооруженные пилами и топорами, часто продвигаются вместе с боевыми порядками войск. Это дает им возможность немедленно и максимально использовать в освобожденном населенном пункте сохранившийся жилой фонд или строительные материалы для подготовки помещений медсанбату. Часто эти работники принимали энергичнейшее участие в тушении пожаров и сохраняли значительное количество зданий, обеспечивая удовлетворительные условия для работы основных подразделений медсанбатов, вскоре прибывавших в данный населенный пункт.

Медицинская помощь на поле боя и организация выноса и вывоза раненых в войсковом районе

Основным вопросом работы войсковой санитарной службы в зимних условиях является своевременный вынос раненых с поля боя. Возможность отморожения делает каждую лишнюю задержку раненого на поле боя подчас более опасной, чем даже само ранение. Потеря крови, пониженная сопротивляемость организма вызывают очень тяжелые отморожения и простудные заболевания даже при небольших задержках в выносе раненых. В то же время большая насыщенность современных боев огневыми средствами, большие трудности маскировки зимой при равномерном снежном покрове сильно осложняют вынос раненых.

Для обеспечения своевременного их выноса необходимо наличие полного штатного количества санитаров-носильщиков, а в необходимых случаях и выделение дополнительных групп.

В январе 1942 г. начальник Главвоенсанупра, говоря об особенностях и трудностях обеспечения наступательных операций, указывал:

«Немедленный вынос раненых с поля боя сейчас диктуется зимним характером времени, морозами, а не опасностью оставить раненых врагу. Однако своевременный вынос раненых в условиях глубокого снега и бездорожья, как правило, будет возможным только при условии усиления санитаров-носильщиков бойцами».

Очень часто раненые, которые летом могли бы добраться до пункта самостоятельно, зимой нуждаются в помощи, ибо затрачиваемая ими на передвижение энергия может привести к быстрому истощению сил и ослаблению организма.

При оснащении санитаров зимой необходимо учитывать особые условия зимнего времени. Помимо перевязочного материала и средств иммобилизации, все санитары должны быть снабжены средствами, которые позволили бы утеплить поврежденную часть тела и согреть раненого (вата, шерстяные косынки, горячий чай, спирт). Этими средствами должны во всякое время располагать батальонные пункты медицинской помощи, которые необходимо бесперебойно снабжать и такими теплыми вещами, как ватные конверты, меховые одеяла и пр.

Обеспечение санитарных подразделений полков и дивизий лыжно-носилочными установками, волокушами, санками, значительно ускоряющими вынос и вывоз раненых, обязательно.

Практика медицинской работы в зимы 1941/42 и 1942/43 гг. показала огромное значение, которое трудно переоценить, работы подразделений санитарных собак. Санитарные начальники всех степеней на всех фронтах, где применялись санитарные собаки, дают блестящую оценку их работе. Своевременная подготовка упряжек на местах, тренировка собак, повседневный контакт с органами связи могут обеспечить нашу войсковую службу значительным количеством этого ценнейшего вида санитарного транспорта.

Санитарные собаки могут быть также использованы для розыска раненых, снабжения их горячим питьем и перевязочным материалом.

Начальники санитарных служб полков и дивизий, планируя вынос раненых с поля боя, должны обязательно предусматривать создание гнезд раненых и их обозначения. Хорошо себя зарекомендовали специальные указатели в виде дощечек. Командиры санитарных взводов, батальонов должны заранее намечать на местности возможные гнезда, устанавливать места укрытия от ветра, широко используя для этой цели окопы, блиндажи и траншеи тех наших подразделений, которые уходят вперед в процессе наступления.

Огромное протяжение фронта представляет разнообразные условия для действия наших войск. На ряде фронтов в течение зимы могут иметь место достаточно долгие периоды оттепели, появление грязи, распутица, когда вынос раненых с поля боя становится еще более трудным, чем при наличии хорошего снежного покрова. Только постоянное проявление инициативы, изобретательности позволит организовать вынос раненых в любых условиях. Так, например, на 4-м Украинском фронте возникла необходимость организовать вынос раненых через Сиваш, а в другом месте — через пески. В первом случае использование деревянных волокуш, прицепленных по 3—4 к лошади, позволило сравнительно быстро доставлять раненых на берег; во втором очень хорошо зарекомендовали себя те же волокуши, но подбитые железными листами.

Надо широко использовать изобретательность и сметку санитарного персонала, создавая из подручных средств те виды транспорта, которые позволили бы своевременно вынести раненых в любых условиях боя и при любых атмосферных условиях.

Организация дальнейшей эвакуации раненых на полковые и дивизионные пункты медицинской помощи зимой особенно тесно связана с широким использованием конного транспорта. Конно-санитарные роты должны быть в первую очередь использованы для эвакуации наиболее тяжелых раненых. Постройка отепленных и отапливаемых кузовов на санитарных санях, создание подрессоривающих приспособлений для носилок или использование соломы и сена создают вполне благоприятные условия для перевозки не на очень большие расстояния самых тяжелых раненых.

Большую часть раненых следует в пределах войскового района перевозить с использованием обратного порожняка войскового транспорта, подвозящего продовольствие и боеприпасы. Низкие температуры воздуха значительно осложняют использование этого транспорта и поэтому требуют специальных мероприятий. Например, в зимних условиях совершенно недопустимо отправлять раненых на войсковом транспорте без укрытия их теплыми вещами, без снабжения горячим питьем, без сопровождения со стороны медицинского персонала. В то же время должен быть организован быстрый возврат в соответствующие санитарные подразделения медицинского персонала и теплых вещей. В этих же целях рекомендуется колонне войскового порожняка, который используется для перевозки раненых, придавать от 1 до 3 саней, принадлежащих санитарным органам, в виде групп сопровождения, которые в пунктах выгрузки забирали бы персонал и имущество и возвра-

щались к себе. Необходимо избегать использования для эвакуации раненых одиночно следующих саней в силу невозможности обеспечить раненых укрытием и сопровождающим персоналом.

Широкое использование обратного войскового порожняка возможно только при наличии необходимого контакта с органами тыла, которые, как правило, могут полностью обеспечить нужды войсковой санитарной службы.

Особенности лечебно-эвакуационной работы в армейском районе

В организации эвакуации раненых зимой, уже начиная с батальонного пункта медицинской помощи, особо важной является тщательно продуманная система мероприятий по профилактике шока. Зимой больше, чем в другое время года, необходимо применять впрыскивание морфина в целях обезболивания. Более тщательно, чем когда бы то ни было, следует проводить иммобилизацию. Более широк должен быть ассортимент средств согревания раненых, так как низкая температура резко снижает сопротивляемость организма и благоприятствует возникновению шока.

Разбирая вопрос о том, где должна оказываться основная хирургическая помощь в зимних условиях, начальник Главвоенсанупра пишет:

«Вследствие глубокого снега, бездорожья доставка раненого в медсанбаты сопряжена с большими трудностями и будет осуществляться в основной своей массе в промежуток времени от 6 до 15 часов с момента ранения. В этих условиях первичная хирургическая обработка основной массы раненых должна производиться в медсанбате. Учитывая темпы наступательных операций, медсанбаты будут вынуждены менять место работы максимум один раз в сутки, а следовательно, будут вынуждены известное время работать одновременно на двух площадках. Чтобы медсанбаты могли непрерывно следовать за своими соединениями и справляться с большим объемом хирургической работы, они должны чувствовать своими пятками непрерывную поступь вперед полевых подвижных армейских госпиталей».

Следовательно, в зимней наступательной операции выделение ППГ первой линии с задачей хирургической обработки тех раненых, которым не могут обеспечить этой обработки медсанбаты, является обязательным условием, обеспечивающим своевременную помощь большому количеству раненых.

Организация сортировки

«Пора понять,— пишет начальник Главвоенсанупра,— что медицинская сортировка в медико-санитарных батальонах и в ППГ первой линии должна иметь законченный характер, который, заключается в том, что раненый, подвергаясь хирургической обработке, получал бы четкое направление в карточке передового района в нужный госпиталь, с указанием места дислокации этого госпиталя и транспортом был бы направлен именно в этот пункт, минуя промежуточные этапы».

Если во все времена года правильная организация сортировки раненых и больных на этапах эвакуации является важнейшей задачей, то зимой недостатки сортировки раненых, в особенности в армейском районе, могут иметь самые тяжелые последствия. Лишний этап, задержка в доставке раненого в то учреждение, где ему должна быть оказана необходимая помощь, просчеты и дефекты в организации эвакуации по назначению часто ведут зимой к непоправимым потерям.

Практика работы на Северо-Кавказском, Западном, Брянском и других фронтах показала огромную значимость организации распределительных постов. Выдвинутый впереди медсанбата распределительный пост позволяет сразу делить потоки раненых на носилочных и ходячих, на легко и тяжело раненых и направлять их в соответствующие подразделения медико-санитарного батальона. При наличии по соседству двух медсанбатов такой распределительный пост дает возможность проводить равномерную загрузку обоих этих учреждений.

Сейчас уже как будто не вызывает никаких сомнений преимущество расположения полевых госпиталей группами, кустами в определенных районах, с обеспечением в них необходимой помощи по узким специальностям для легко раненых, для терапевтических и инфекционных больных. Условия театра военных действий, необходимость, в особенности зимой, широко использовать наличные возможности жилого фонда приводят к тому, что такие группы располагаются на площади в несколько квадратных километров. В таких условиях особенно необходима организация распределения раневых уже на подходе к этим кустам. Организация на пути подвоза распределительного поста позволяет прямо на подводах, на машинах путем просмотра документов, опроса сопровождающих лиц организовать направление раненых и больных в то лечебное учреждение, какое им необходимо по характеру заболевания. Состав распределительных постов можно варьировать в зависимости от количества обслуживаемых ими учреждений, от количества раненых и больных, поступающих в данный куст. Во главе распределительного поста должен находиться врач или хорошо подготовленный фельдшер. В его распоряжении должно быть достаточное количество санитаров для сопровождения колонн, групп и отдельных машин в назначенный им госпиталь. Пост необходимо все время и полностью информировать о загрузке лечебных учреждений данного куста.

Следующим элементом, обеспечивающим правильную сортировку и оказание помощи в зависимости от тяжести ранения, является обязательная организация во всех полевых учреждениях приемно-сортировочных отделений, мощных перевязочных блоков и эвакоотделений. В каждом приемно-сортировочном отделении должна проводиться медицинская сортировка, санитарная обработка, дезинфекция и заполнение медицинских документов.

Практика обеспечения ноябрьских боев на Западном и 1-м Прибалтийском фронтах показала полную возможность организации санитарных пропускников в каждом полевом госпитале и медсан-

бате. Характер медицинской работы медсанбатов и полевых госпиталей диктует необходимость в первую очередь организации мощных перевязочных на 8—12 столов с поточной системой работы, с обслуживанием одним врачом 2—3 перевязочных столов, а одной перевязочной сестрой — 4—5 столов. Важность такой организации очень часто недооценивается, и перевязочная организуется в палатках ДМП, где один вход наглухо закрыт, где встречные потоки обработанных и необработанных раненых создают толчею, закупорку проходов и затяжку в отношении хирургической обработки.

Наличие эвакуационных отделений обязательно для контроля за состоянием эвакуируемых, для ускорения погрузки на эвакуационный транспорт и для освобождения персонала, обслуживающего еще не обработанных раненых.

Эвакуация раненых зимой в армейском районе на конном и автомобильном транспорте требует обязательного создания перевязочно-обогревательных пунктов не реже чем на каждые 15—20 км грунтового пути. На этих пунктах, развертываемых органами военно-дорожной службы, должно быть обеспечено питание, обогревание раненых и минимальная медицинская помощь, для чего создаются перевязочные и помещения для размещения раненых, отяжелевших в пути. Медицинский персонал этих пунктов должен быть ориентирован о порядке вызова специального транспорта и о пунктах дислокации ближайших лечебных учреждений для направления этих отяжелевших раненых. Если эвакуация проводится по дорогам, где нет организации военно-дорожной службы, то перевязочно-обогревательные пункты должны развертываться силами и распоряжением соответствующих санитарных начальников.

ЖС 7851

Противоэпидемическая защита лечебно-эвакуационных учреждений

Особое внимание должно быть уделено вопросам противоэпидемической защиты лечебно-эвакуационных учреждений. Главной опасностью зимой является распространение сыпного тифа, почему энергичнейшие мероприятия должны быть направлены на борьбу со вшивостью.

Санитарные пропускники во всех лечебных учреждениях, организация своими силами дезинфекционных камер, наличие запасов антипаразитарных средств, качественная стирка белья, наличие запаса обменного фонда белья и обмундирования должны являться обязательным условием деятельности каждого лечебно-эвакуационного учреждения. Все госпитальные базы, а также наиболее крупные лечебные учреждения должны распоряжениями соответствующих противоэпидемических органов обеспечиваться штатными средствами противоэпидемической защиты (подразделения или целые обмывочно-дезинфекционные роты). Для обслуживания раненых и больных необходимо широко использовать обмывочно-дезинфекционную технику, свободную от работы в войсках. Армейские и фронтовые эпидемиологи должны значительную часть своей работы посвящать помощи лечебно-эвакуационным органам и учреждениям в организации противоэпидемической защиты.

Эвакуация железнодорожным транспортом и работа ФГБ

Весьма сложным элементом лечебно-эвакуационной работы зимой является эвакуация раненых и больных по железной дороге. Ограниченность железнодорожных путей, прилегающих к армейским районам, и их, как правило, незначительная пропускная способность, большое количество оперативных перевозок делают обычно весьма затруднительным продвижение штатных средств санитарной железнодорожной эвакуации (ВВСП и санлетучек) к пунктам погрузки. Санитарная служба вынуждена часто пользоваться обратным железнодорожным порожняком для вывоза раненых из армейского района. Использование обратного порожняка требует большого напряжения сил и внимания со стороны санитарных органов, так как вагоны обычно бывают холодными, для перевозки раненых не приспособленными, и лечебно-эвакуационные учреждения вынуждены выделять из своих штатных средств персонал и имущество для оснащения порожняка.

При производстве расчетов движения таких нештатных санитарных летучек всегда следует учитывать вынужденную медленность их следования и обеспечивать их продуктами и перевязочными материалами в достаточном количестве. Для скорейшего возврата персонала, имущества и предметов ухода, направленных с такими летучками, необходимо в пунктах выгрузки концентрировать их в одном вагоне и добиваться прицепки этого вагона к первому составу, идущему в сторону фронта, что предусмотрено приказами НКПС № 852/Ц от 2.XII.1943 и начальника тыла Красной Армии № 0104 от 30.XI.1943 (§ 3).

Пользуясь вынужденно обратным товарным порожняком, работники санитарной службы должны сделать максимум возможного, чтобы создать удовлетворительные условия пребывания раненых в этих вагонах. С помощью органов ВОСО и НКПС необходимо отбирать вагоны без щелей, с хорошо пригнанными дверями, закрывать углы, стены соломенными матами, обязательно обеспечивать каждый вагон печкой и запасом топлива, выделять достаточное количество предметов ухода (поильники, грелки, подкладные судна, мочеприемники, ведра) и теплых вещей.

При всех условиях тяжело раненых, требующих особого внимания и ухода, необходимо размещать в отдельных вагонах и обеспечивать большим количеством персонала и средств.

В целях максимального сокращения сроков пребывания раненых в санитарных летучках начальникам этих летучек следует выделять инициативных и энергичных людей, которые через линейные органы ВОСО и НКПС добивались бы скорейшего продвижения летучки и своевременно информировали бы последующие этапы, пункты выгрузки о дальнейшем направлении состава. При малейшей к тому возможности желательно контингенты более тяжелых раненых перевозить в специальных вагонах штатных санитарных поездов. Своевременная информация пунктов выгрузки о характере контингентов, следующих в санитарных поездах и летучках, позволит обеспечить скорейшую доставку раненых в ле-

чебные учреждения в соответствии с характером повреждения. В пунктах выгрузки временных поездов и санитарных летучек (во фронтовой госпитальной базе) необходимо вновь внимательно проверять санитарное состояние прибывающих раненых и больных и проводить тщательную их санитарную обработку, не допуская заноса вшивости в эвакогоспитали фронтовых госпитальных баз.

При больших потоках раненых в проведение санитарной обработки, помимо санитарных пропускников сортировочных госпиталей, надо включать и обмывочно-дезинфекционные средства самих госпиталей путем непосредственного направления из привокзальных эвакоприемников раненых в эвакогоспитали. Делать это следует при наличии твердо установленного диагноза и с учетом пропускной способности госпитальных пропускников.

В целях контроля за качеством работы госпиталей фронтовой госпитальной базы, недопущения эвакуации в тыл раненых с дефектами в медицинской и санитарной обработке, а также в медицинской документации в каждом кусте фронтовой госпитальной базы необходимо организовать контрольно-эвакуационные госпитали. Всю эвакуацию в тыл постоянными санитарными поездами следует производить только через эти контрольные эвакуационные госпитали.

Созданные по указанию Главного военно-санитарного управления Красной Армии такие госпитали вначале в Москве, а затем и во многих других пунктах (в Курске, Рязани, Саратове и др.), сыграли огромную роль в выявлении и устранении дефектов работы медицинских учреждений.

Чем тяжелее обстановка во фронтовой госпитальной базе, чем больше загрузка коечной сети, чем больше объем работы по приему и эвакуации раненых, тем больше вырастает значение контрольных эвакуационных госпиталей в борьбе с дефектами по обслуживанию раненых. Своевременные сигналы контрольных эвакуационных госпиталей соответствующим эвакогоспиталям и эвакопунктам позволяют немедленно оперативно вмешиваться в деятельность этих госпиталей и быстро устранять обнаруженные недостатки.

Фронтовые госпитальные базы требуют повседневного пристального внимания со стороны санитарных управлений фронтов.

Передвижка значительного количества госпиталей фронтовых госпитальных баз создает известные затруднения, особенно в обеспечении их топливом и овощами. При планировании передислокации госпиталей необходим теснейший контакт с квартирно-эксплоатационными и продовольственными органами в целях своевременного завоза топлива и овощей в пункты новой дислокации и обеспечения в дальнейшем бесперебойного снабжения госпиталей.

Спаянные дружной работой коллективы лечебно-эвакуационных учреждений Красной Армии сумеют в третью, решающую, зиму Великой отечественной войны с честью справиться с возложенными на них задачами.

★

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ЛЬДОМ ДЛЯ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ

В прошлом году группа американских ученых (F. M. Allen, L. W. Grossman, V. Hurley and C. E. Warden) закончила ряд подготовительных работ, обеспечивших успешное применение чрезвычайно простого, но в то же время замечательного способа обезболивания при производстве ампутаций: охлаждение тающим льдом дистально от наложенного резинового жгута. Главным идейным автором метода является Аллен.

Я не буду цитировать весьма интересные исследования этих нью-йоркских ученых, касающиеся состояния и участи различных тканей при наложении жгута и выключении кровообращения, а также полученных ими данных о влиянии повышенной или, наоборот, пониженной температуры на ткани и органы при временно выключенной или редуцированной васкуляризации. Эти данные сами по себе интересны и, несомненно, могли служить хорошей вспомогательной базой для выработки нового метода обезболивания, вернее сказать, для того, чтобы научно мотивировать безвредность для жизни и регенерации человеческих тканей значительного охлаждения их при выключенном кровообращении.

Так родился новый способ обезболивания для ампутации конечностей. Новизна его, разумеется, относительна.

Еще в XVI веке Ambroise Paré (1509—1590), истинный гений военно-полевой хирургии, прославившийся больше всего своими работами по лечению именно огнестрельных ран и переломов, а также техникой ампутаций и вычленений, прочно ввел в тогдашнюю хирургию два принципа: 1) лигатуру кровеносных сосудов взамен практиковавшегося прижигания их и 2) тугую перетяжку конечностей с целью обезболивания перед ампутацией, так называемую ligatura fortis. За неимением лучшего обезболивания приходилось мириться на этом.

Сама техника сдавления нервов проделала несколько этапов и вариантов. Van Swieten и Theden добились сильного придавливания, распределяющегося отдельными частями на всю конечность, Juvet же считал, что достаточно местной перетяжки выше линии опила. Этот метод прочно привился у французских авторов и продержался вплоть до открытия эфирного наркоза. И если Deseault отказался от него, опасаясь гангрены, то через 30 лет после него Velpeau и Liegard вновь очень хвалили обезболивающее действие перетяжки конечностей.

В Англии J. Moore сконструировал особый аппарат, с помощью которого действием винтовых пелотов можно было отдельно придавливать сзади седалищный нерв, а спереди бедренный, не нарушая кровообращения и тем гарантируя ногу от омертвения. Способ этот хвалил B. Bell и даже сам знаменитый John Hunter. Например, Malgaigne отмечал, что, помимо силь-

ного венозного застоя, сдавление нервов пелотами само причиняет мучительные боли.

Применение холода как фактора обезболивания лось много позже метода перетяжек. Однако Th. Berthol около середины XVI века пробовал хирургическое об ние холодом, ссылаясь на советы своего учителя, ис неаполитанского хирурга Marco Aurelio Severino. После течение трех веков нет аналогичных работ с охлажде только Джон Хентер в Англии начал анестезировать уши с помощью охлаждающих смесей.

Клинические наблюдения над обезболивающим д холода были впервые опубликованы J. D. Larrey, глав рургом армий Наполеона. После битвы при Эйлау (7— ля 1807 г.) Ларрей, ампутируя раненых при температу отмечал полную потерю болевой чувствительности. ные наблюдения сделал и другой французский военны Moricheau Boaupre, находившийся при отступавшей из наполеоновской армии.

Анестезирующее действие локального замораживани установлено еще позже Arnott (1848), Guérard, Richet окончательно работами Richardson (1866).

Практического значения эти работы иметь уже не мо по времени они совпали с открытием эфирных и хлоро наркозов.

Последовавший поток прекрасных методов местной, п ковой и спинальной анестезии, а также замечательных газовых, внутривенных и ректальных, возникавших и ч шихся на протяжении почти целого столетия, полностью сцены прежние примитивные методы перетяжек и охл

Что же могло вновь выдвинуть идею обезболивания охлаждения в наш век, характеризующийся изобилием щим расцветом методов хирургического обезболивани для любого случая и при каких угодно клинических над имеется богатый выбор анестезий на самые требовательны

Американские авторы прибегли к обезболиванию охл для ампутаций бедер в случаях старческих гангрен ко или же омертвений ног на почве эмболий и тромбозов у б тяжелыми органическими пороками сердца, тоже чаще глубоких стариков. В подобных случаях прогноз ампутаци но плохой вследствие чрезвычайно тяжелого общего со полнейшей декомпенсации сердечной деятельности. Эт задачу выбора обезболивания очень ответственной и тру

Спинальная анестезия кажется рискованной из-за боязни зн колебаний кровяного давления при безнадежно расстроенной де сердца.

Никакие виды общего наркоза недопустимы в глубокой старост короткое время, а неполное выключение болевой проводимости гр тием серьезного, часто необратимого послеоперационного шока.

Что касается местной анестезии, то хотя путем терпеливых с ских инъекций во все слои и плоскости предстоящих разрезов удается чаще всего добиться достаточного обезболивания, тем не

дый трезвый хирург не будет спорить, что для ампутации бедер метод инфильтрационной анестезии не является ни удобным, ни совершенным способом.

Вот для таких-то специальных показаний, т. е. у глубоких старцев с гангренами ног и септическим состоянием, при полной сердечной декомпенсации, не позволяющей им лежать ни на спине, ни на боку и вынуждающей их оперироваться в полусидячем положении, — больных, для которых любая дополнительная наркозная интоксикация может оказаться непереносимой, замораживание конечности льдом могло явиться неплохим выходом, если подобная анестезия окажется достаточной и не окажет вредного влияния на процессы заживления ампутационной культи.

Результаты получились превосходные не только в обоих этих отношениях, но также ввиду весьма низкой смертности, полученной американскими авторами в первой полусотне таких анестезий при ампутациях по поводу гангрен. Не имея в то время (1942 г.) собственного опыта при других показаниях к ампутациям, американские авторы высказали надежду, что анестезия охлаждением сможет быть использована также и при острой промышленной и транспортной травме, а также при огнестрельных раздробленнях на войне.

Я тоже не располагаю пока личным опытом в производстве ампутаций под охлаждением на фронте. Однако публикуемые ниже результаты наших операций при тяжелейшей трамвайно-железнодорожной травме позволяют сделать весьма важные практические выводы и небезынтересные теоретические догадки. Кроме того, я располагаю небольшой серией ампутаций бедер, сделанных в госпитальном отделении нашей клиники раненым бойцам по поводу тяжелых септических состояний или «раневой чахотки» в поздние сроки—обычно через 2—4 месяца после огнестрельных переломов.

* * *

Техника обезболивания охлаждением показана на прилагаемых рисунках и не нуждается в больших комментариях.

Прежде чем накладывать на конечность жгут, избранное место предварительно охлаждают в течение 15—20 минут тремя резиновыми мешками со льдом (рис. 1). Жгутом служит полудюймовая

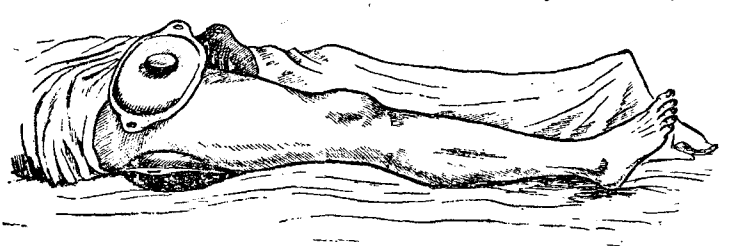


Рис. 1

резиновая трубка из мягкого каучука, например, желудочный зонд. Мы также успешно пользовались плоским эсмарховским

резиновым бинтом, только сложенным по длине, т. е. удвоенной толщины.

Перетягивать конечность надо настолько, чтобы только прекратилось кровообращение. Стягивать жгут надо деликатно, избегая образования складок кожи. Два последующих тура жгута желательно располагать не рядом, а один поверх другого, чтобы они занимали максимально узкое пространство на поверхности конечности. Концы резинового жгута не связывают один с другим, а закрепляют прочным торзионным зажимом, который укладывают проксимально, чтобы не мешал при операции.

После этого всю конечность обкладывают мелко колотым льдом, умещая его в клеенке (рис. 2). Надо следить, чтобы лед

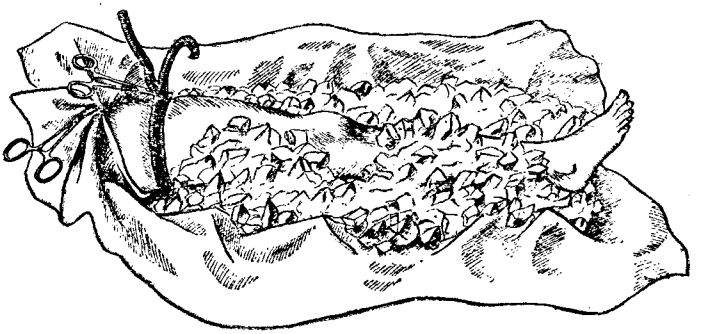


Рис. 2

покрыл конечность со всех сторон и прилегал возможно плотнее к коже. Это значит, что крупные куски льда не годятся, а лучше всего применять снег, особенно под заднюю поверхность бедра и голени. Если хорошо обложили заднюю поверхность, то надо не только обложить всю ногу с боков и спереди, но и необходимо следить, чтобы лед не сползал в стороны и не оставлял большую часть конечности без контактного охлаждения. Достигается это тем, что края клеенки сводят вместе и фиксируют какими-нибудь зажимами. Периферический край клеенки оформляют в виде жолоба для оттока талой воды; для этого головной конец кровати или носилок лучше немного приподнять (рис. 3).

Так охлаждают целую конечность. Если ампутируют ниже колена или дистально от локтя, а раненый может сидеть, то охлаждение проводят просто в ведре или ручной ванне с битым льдом (рис. 4 и 5). Талая вода покроет всю поверхность конечности, причем не будет вредных воздушных пространств с их плохой теплопроводностью. Температура же талой воды достаточно низка для полного обезболивания.

Продолжительность охлаждения надо рассчитывать не на сроки наступления достаточной анестезии кожи, нерва и надкостницы, а на все время, потребное для окончания ампутации. Сроки 2—2½ часа охлаждения для высокой ампутации бедра являются подходящими при различно развитых мускулатуре и подкожном жиро-

вом слое. Наши ассистенты за последнее время значительно сократили эти сроки, и чаще всего для ампутаций по Гритти и в нижней трети бедра охлаждают не долее $1^1/_2$ часов. Сроки охлаждения и голеней, и предплечий сокращены до $1—1^1/_2$ часов.

При такой продолжительности охлаждения температура конечности обычно снижается до 7—10° выше нуля. Литературные данные о критическом снижении температуры, ниже которой пре-

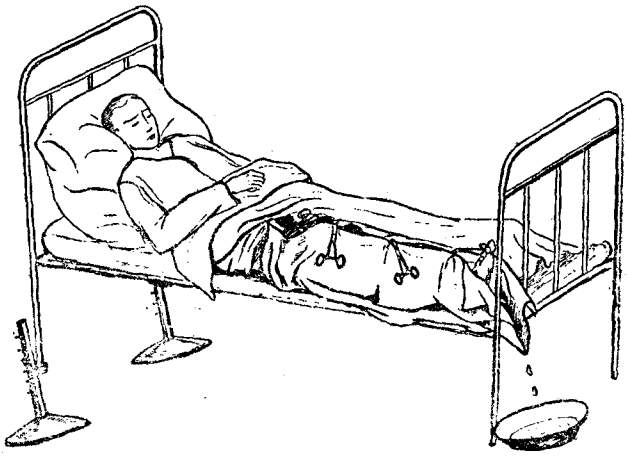


Рис. 3

кращается проводимость при охлаждении периферических нервов, довольно противоречивы, наши же прямые исследования еще не закончены. Но нет сомнения, что болевая и иная проводимость в периферических нервах парализуется гораздо раньше, чем дости-

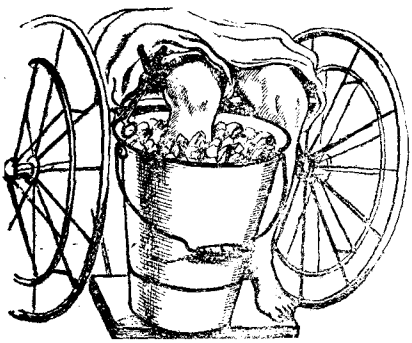


Рис. 4

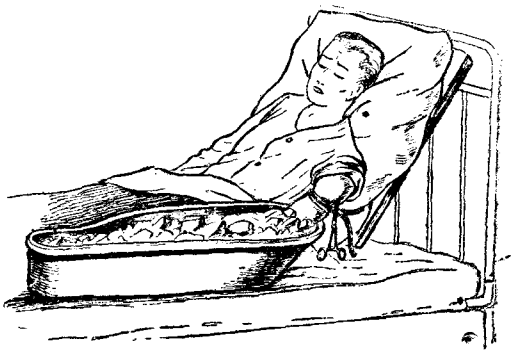


Рис. 5

гается вышеуказанное снижение температуры. Эти температурные данные были добыты д-ром С. В. Лобачевым путем прямых измерений маленькими стерильными термометрами в различных мышечных слоях в момент ампутационных циркулярных разрезов. Чаще

всего температура оказывалась около 10° выше нуля. При такой температуре анестезия бывала абсолютно полной.

Мне кажется, что все же не следует стремиться выгадывать полчаса, особенно в тяжелых случаях. В трех случаях двусторонних ампутаций бедер, произведенных мной лично, конечности охлаждались от 2½ до 3 часов; анестезия была абсолютной, идеальной до самого конца операций; все ампутации протекли гладко и закончились благополучно, несмотря на тяжелейшее состояние шока, в котором все пострадавшие были доставлены с улицы.

Эти лишние 15—30 минут охлаждения позволят не так торопиться после снятия льда при переноске пациентов на операционный стол, когда приступят к очистке в дезинфекции кожи. Мы обрабатываем кожу обычным спиртовым раствором иода, но стремимся предварительно посуше вытереть операционное поле мягким полотенцем, чтобы смешение спиртового раствора с талой водой не создавало нежелательного согревания.

Закончив охлаждение, приносят стерильное белье и делают ампутацию или вычленение по наиболее подходящему способу.

С июля по ноябрь 1943 г. в нашей клинике в Институте им. Склифосовского по этому методу было ампутировано 120 конечностей у 106 человек. Они составляют три отдельные группы. Наибольшая из них — промышленные и уличные травматики — включает 92 человек, которым ампутировано 106 конечностей.

	Бедро	Голень	Плечо	Предплечье
Мужчины	20	22	3	8
Женщины	14	19	—	6
Всего . . .	34	41	3	14

Двусторонних ампутаций бедер было сделано девять, а двусторонних ампутаций голеней — пять.

Вторая группа состоит из 10 раненых бойцов. Им было ампутировано 9 бедер и 1 голень по поводу септического состояния, вторичных кровотечений из незаживших ран или по поводу «раневой чахотки».

Отдельно значатся четверо, которым были ампутированы бедра по поводу старческих, диабетических гангрен или некроза на почве эмболий у тяжелых больных с сердечными пороками.

Что касается качества анестезии, то у 81 больного она расценена как отличная, т. е. в течение всей операции больные не предъявляли ни малейших жалоб. У 22 анестезия аттестована как хорошая; у них отмечены небольшие ощущения при перерезке крупных нервов или при соскабливании надкостницы распатором. В этой группе не только не пришлось прибегать к наркозу или дополнительной анестезии новокаином, но и жалобы больных были очень умеренны и, вероятно, диктовались больше опасением, что станет больнее.

Три раза получилась полная неудача: у одного жгут ослаб и не наступило остановки кровообращения; другой больной выдернул

ногу изо льда и держал ее лишь поверх ледяной кучи; у третьего наши ассистенты попробовали охладить ногу без жгута, одним льдом; из этого, разумеется, ничего не вышло и больному пришлось дать эфирный наркоз.

Надо заметить, что experimenti causa ни одному больному не было сделано никаких наркотических инъекций, т. е. ни морфина, ни пантопона. Теперь, поскольку испытание метода мы считаем законченным, дано распоряжение об обязательном назначении морфина с самого начала подготовки анестезии. А так как у многих из этих больных вследствие шока сильно редуцировано кровообращение, т. е. резко понижена способность всасывания растворов, вводимых под кожу, то впрыскивания морфина лучше делать внутривенно.

Морфинные инъекции мы намерены впредь делать не потому, что анестезии охлаждением якобы оказались недостаточными, а только из чисто гуманных побуждений и как дополнительное, весьма действенное средство борьбы с имеющимся травматическим шоком.

Наши исходы допускают еще две другие характеристики: течение заживления культей и послеоперационная смертность.

Десять ампутаций на септических конечностях не зашивались вовсе, а потому культи эти не интересны с точки зрения асептичности течения.

У 4 больных, ампутированных при гангренах, все протекало гладко при редких направляющих швах.

Наибольший интерес представляют 96 ампутированных культей, зашитых или совершенно наглухо, или с кратковременными резиновыми дренажами. Только в четырех из них наступило нагноение, потребовавшее снятия швов: на одном предплечье, одной голени и двух бедрах. Остальные 92 культи зажили первичным натяжением.

Итак, речи быть не может об ухудшении заживления или пониженной жизнеспособности тканей культи вследствие имевшего место охлаждения при выключенном кровообращении. И хотя во всех наших случаях раны перед зашиванием обильно припудривали белым стрептоцидом (к тому же нестерилизованным), тем не менее одному этому фактору нельзя приписать столь малое число нагноений. Нельзя ли допустить, что применявшийся холод не только не имел вредного действия на схлаждаемые ткани, но что, наоборот, он оказал, может быть, даже полезное влияние, обладая более эффективным тормозящим действием на изолированные одиночные клетки патогенных микробов, чем на клетки макроорганизма, сохранившие взаимосвязь и черпающие защитные силы из ресурсов всего человека?

Я не утверждаю этого, но допускаю как вероятность. На этом, быть может, и основан несомненно полезный эффект холода во многих случаях начальных воспалительных явлений и готовящихся нагноений (например, аппендициты), и, может быть, действительно

есть смысл держать мешки со льдом поверх повязки на культе в течение 2—3 дней после операции, как то делали очень многие хирурги еще в доантисептическую эпоху. Помимо обезболивания, это продолжавшееся действие холода могло оказывать двоякое влияние: во-первых, оно, несомненно, удержит кровообращение в заметно редуцированном объеме соответственно степени достигнутого охлаждения, как то было доказано Гирголавом и его школой, а вследствие этого уменьшится число поводов к образованию гематом из мелких неперевязанных сосудов и тем самым предотвратится одна из главнейших причин нагноений.

Во-вторых, не обладая грубым деструктивным действием на ткани, а лишь временно понижая их жизненные функции, продолжающееся после снятия жгута действие умеренного охлаждения способно, повидимому, в достаточной мере задерживать рост и размножение патогенных микроорганизмов.

Если изложенная мной концепция верна хотя бы в основном, то рекомендуемый метод охлаждения при ампутациях конечностей может найти особо целесообразное применение в случаях операций по поводу газовых флегмон. В этих случаях преимущества столь безвредного способа анестезии могут сочетаться если не с терапевтическим эффектом, то по крайней мере с выраженным тормозящим действием холода на возбудителя анаэробной инфекции. Может быть, такое двухчасовое охлаждение окажется все-таки полезным.

Для проверки возможной роли анестезии охлаждением в асептическом заживлении культей привожу данные об ампутациях, произведенных в Институте им. Склифосовского, представляющие все ампутации бедер, голеней и вычленений в коленном суставе по Гритти, произведенные по поводу тяжелой свежей травмы в первом полугодии 1943 г., во втором полугодии 1942 г. и за полный отчетный 1940 г.

	Январь—июнь 1943 г.	Июль—декабрь 1942 г.	Январь—декабрь 1940 г.	Всего
Ампутации бедер	17	18	16	51
» по Гритти	5	7	15	27
» голеней	20	24	35	79
Всего ампутаций . .	42	49	66	157
Нагноений	13	7	20	40=25,3%

Если вспомнить, что при охлаждении на 96 зашитых культей нагноение имело место только четыре раза, т. е. только 4% с небольшим, то разница отмечается громадная. И если даже допустить, что ампутациями под охлаждением интересовались как новинкой и их делали более опытные старшие ассистенты, то вряд ли одна улучшенная техника сама по себе могла уменьшить число нагноений во столько раз. Мне кажется, что метод обезболивания тут тоже сыграл немаловажную полезную роль. Я постараюсь показать это еще ярче и на еще более важном признаке — послеоперационной смертности.

Группа тяжелейших больных со старческими и эмболическими гангренами хотя смертей и не дала, но она слишком мала для того, чтобы делать какие-либо выводы. Зато у вышеназванных американских авторов на последние три десятка из полусотни таких ампутаций при гангренах смертность снизилась до 3,5%.

Десяток наших ампутаций, сделанных у септических раненых, тоже не очень убедителен численно. Но отсутствие смертей в этой группе лично меня очень радует, ибо поголовно все эти больные ампутированы, как всегда с большим опозданием, т. е. когда иссякла всякая надежда на возможность сохранить конечность, зато сильно ухудшились шансы спасти жизнь. Несколько случаев выздоровлений в этой группе граничили с чудом, и должны быть отнесены в значительной степени за счет идеальной, безвредной анестезии.

Для госпиталей глубокого тыла, где показания к поздним ампутациям у септических раненых довольно часты, этот метод обезболивания можно настойчиво рекомендовать. Он спасет много почти потерянных жизней.

В основной группе, включающей 92 человека с раздроблениями или отрывами конечностей, смертельных исходов было всего три: один ампутированный умер через 2 месяца от милиарного туберкулеза, а двое погибли в первые дни от сопутствующих смертельных повреждений головного мозга (обоим были произведены двусторонние ампутации бедер). Кроме этого, смертей не было.

Результат этот можно считать замечательным. При самом придирчивом отношении позднюю смерть от милиарного туберкулеза у ампутированного с совершенно зажившей культей вряд ли можно ставить в прямую связь с перенесенной операцией и способом анестезии. Точно так же и обе смерти от проверенных на аутопсии значительных повреждений головного мозга отягощают собой исходы ампутаций не совсем справедливо. Но за вычетом этих случаев, смертности не получилось вовсе. И если даже отбросить 17 ампутаций верхних конечностей, которые действительно должны были бы пройти без смертельных исходов, то на 75 больных с 89 ампутациями нижних конечностей (в том числе девять двусторонних ампутаций бедер) смертность должна бы быть почти неизбежной и даже не слишком малой.

В этом легко убедиться, если обратиться к уже цитированным выше отчетам нашего института за предшествующий период. За те же самые годы послеоперационная смертность при ампутациях бедер и голеней оказалась следующая:

	Январь—июнь 1943 г.	Июль—декабрь 1942 г.	Январь—декабрь 1940 г.	Всего
Ампутации бедер				
» по Гритти	17+5=22	18+7=25	16+15=31	78
Умерло	6	11	8	25
Ампутации голеней . . .	20	24	35	79
Умерло	1	1	5	7

Итак, из 156 ампутированных на нижних конечностях под общим эфирным наркозом или под местной анестезией новокаином умерло 32 человека. Мы прочли все скорбные листы и протоколы вскрытий и смогли разделить все смертельные исходы на три группы: 1) 13 человек погибли от травматического и послеоперационного шока; 2) 5 человек погибли от септических осложнений; 3) 14 человек погибли от комбинированной травмы нижних конечностей с повреждениями ребер, таза, черепа и т. п., тоже сопровождавшихся чаще всего тяжелым шоком.

Мы видим, что смертность при ампутациях нижних конечностей не только довольно значительна, но что одной из основных причин гибели пострадавших после операции является шок. Свои соображения по поводу возможности профилактики инфекции благодаря охлаждению я уже высказал, комментируя поразительно малое число нагноений. Попробую теперь сделать догадки о шоке, стремясь разгадать причину отсутствия смертей от этой классической причины у всех ампутированных нами под охлаждением.

Очень многим из наших пациентов, поступивших с раздроблением обеих конечностей в состоянии тяжелейшего шока (иногда без пульса на лучевых артериях), мы делали переливания 500—750 см³ трупной крови почти с неизменным непосредственным успехом. Эти трансфузии производились, пока пострадавшие лежали со жгутами и ледяным охлаждением в ожидании наступления полной анестезии. Таким образом, времени не терялось вовсе, ибо потребные для охлаждения 1½—2 часа использовались на определение группы крови, выбор и перекрестную пробу и самую трансфузию.

Итак, к моменту начала операции не только наступало полное обезболивание, но и значительно улучшалось кровообращение благодаря сделанному переливанию крови как противошоковому мероприятию. Общее состояние раненого тоже заметно улучшалось. Естественно, возникает вопрос: при чем же тут способ анестезии охлаждением, если состояние шока удалось побороть путем сделанной трансфузии еще до операции?

Но такие же трансфузии для предоперационной подготовки мы делали всем больным с тяжелым травматическим шоком, начиная с 1930 г. Как могучее антишоковое средство я горячо рекомендовал массивные трансфузии еще на XXI съезде российских хирургов. И если с той поры во многих книгах и статьях нам довелось многократно представлять и убедительную казуистику, и неплохие общие итоги борьбы с шоком помощью массивных трансфузий крови, то в случаях размозжений бедер окончательно спасти жизнь часто не удавалось. Это видно из анализа смертности: 13 из числа 22 умерших погибли от шока, т. е. от послеоперационного шока, вопреки повторным трансфузиям крови.

После сказанного не может быть сомнения в том, что именно анестезия охлаждением сама по себе способствует уменьшению смертности от шока среди ампутированных. Как это можно объяснить?

Будучи сторонником теории комплексного патогенеза травматического шока, я не склонен особо выдвигать каждую из вероятных причин в отдельности, а поэтому стремлюсь планировать и осуществлять лечебно-профилактические мероприятия не против отдельных, хотя бы даже и главных этиологических моментов, вызывающих шок, а обязательно против большинства таких вредных факторов. Анестезия охлаждением благоприятно разрешает по меньшей мере четыре из таких задач.

Во-первых, она не вносит сама по себе в организм никакой дополнительной интоксикации, столь нежелательной у больных в состоянии тяжелого шока. В этом смысле анестезия охлаждением не только превосходит все существующие медикаментозные способы анестезии, но поистине близка к идеалу.

Во-вторых, анестезия эта чрезвычайно полная, т. е. она действительно полностью исключает какую бы то ни было болевую, тактильную и все прочие виды нервной проводимости как по спинальным нервам, так и по симпатическим. Нужно ли напомнить, что недостаточно глубокий наркоз, сохраняющий у бессознательного больного проводимость по нервным стволам и по сосудистым сплетениям, является главной, если не единственной, причиной операционного шока?

Замечательные работы Крайля и Холстэда еще 50 лет назад указали на категорическую необходимость дополнительной кокаиновой блокады крупных нервных стволов, проходящих в операционном поле у больных, находящихся в ингаляционном наркозе. С той поры факт этот стал классическим.

Но изолированно можно опрыскать только видимые, крупные нервные стволы; бесчисленное же количество мелких и мельчайших нервных проводников остается неблокированным. Точно так же остаются совершенно вне действия дополнительной блокады все многочисленные симпатические нервы, оплетающие перерезанные сосудистые стволы, подлежащие сдавливанию торзионными зажимами и грубой перетяжке лигатурами. Мудрено ли, что вся эта непосредственная травма бесчисленных нервных проводников всякого калибра не окажется без дурного влияния в смысле непосредственного операционного шока, наслаивающегося на уже имеющийся травматический шок, вызванный ранением.

Совсем иначе обстоит дело при анестезии охлаждением. Тут угасание нервной проводимости наступает очень равномерно, по мере снижения температуры. Полная потеря всякой нервной проводимости наступает, повидимому, довольно скоро, т. е. при относительно высокой еще температуре тканей, окружающих нерв. Прямые экспериментальные исследования на этот счет уже ставятся, и ответ будет получен в ближайшее время. Эти опыты докажут, что нами ампутации под охлаждением производятся с большим, если можно так выразиться, запасом переохлаждения. Такое переохлаждение диктуется необходимостью остудить самые глубокие, осевые части конечности, что достигается избыточным охлаждением более поверхностных слоев. Что такое остывание не приносит ущерба остающимся тканям культи, мы уже видели по

результатам заживлений и срастаний мышц. Здесь же я подчеркиваю полноту получаемой анестезии, гарантирующую от операционного шока.

В-третьих, мне кажется, что постепенное согревание культи после произведенной операции, обеспечивающее тоже медленное восстановление проводимости всех перерезанных нервов, служит важной гарантией против чрезмерного перераздражения воспринимающих мозговых центров, что должно бы неизбежно наступить, если бы общий наркоз или локальная блокада внезапно прекратила свое парализующее действие. Замедленное, постепенное восстановление проводимости обусловливается еще тем, что зона паралича у всех выключенных нервов весьма значительна по длине. Ведь если до отсечения конечности все нервы в ней были парализованы от линии жгута до самой периферии, то после ампутации все нервные проводники остаются выключенными по всей их длине внутри оставшейся культи, т. е. на довольно значительном протяжении.

Итак, вся масса нервных элементов является выключенной в культе до линии жгута. И на всем протяжении нервы станут медленно возвращать свою проводимость по мере согревания после снятия жгута. Такого тотального выключения всех нервных элементов внутри всей массы культи не могут обеспечить ни инфильтрационная анестезия по линии разреза, ни тем более проводниковая.

Четвертый полезный фактор в профилактике шока — это замедленное всасывание тканевых токсинов, могущих остаться в культе, дистально от жгута. Если продуктам клеточного распада как фактору, могущему вызвать шоковое состояние, ныне уделяется менее значительное место, чем то было в конце прошлой мировой войны, то совсем не считаться с этой теорией, по-моему, нет еще достаточных оснований. Наряду со многими другими этиологическими моментами я лично приемлю и этот фактор.

Итак, токсины, образовавшиеся в месте мышечных размозжений и в результате процессов протеолиза, могут скопиться в каком-то количестве в тканях ампутационной культи, дистально от наложенного жгута. Чем выше температура, тем быстрее и дальше идет процесс тканевого распада и размножение микробов внутри обширного очага травматических разрушений. Подо льдом все эти процессы полностью останавливаются, и можно допустить, что 2—2½ часа происходившего охлаждения в иных случаях не останутся бесполезными.

Но главным образом рассчитывают все же не на задержку продукции токсинов, а на замедленное всасывание их из культи тотчас после снятия жгута. В самом деле, если жгут снимается с теплой культи, то кровообращение восстанавливается почти мгновенно, а вместе с тем начинается быстрое всасывание и поступление токсических продуктов в общий ток кровообращения. И можно опасаться, что именно бурное поступление токсиче-

ских веществ, т. е. концентрированное действие их на сосудистодвигательные и регулирующие центры головного мозга и вызывает снова те явления шока, с которыми до операции удалось было справиться благодаря переливанию крови.

Иное дело на охлажденной культе. Проф. С. С. Гарголаву в опытах на животных удавалось путем искусственного охлаждения конечностей до такой степени замедлить процессы всасывания, что животные могли благополучно переносить локальное приложение смертельных доз иприта.

После снятия жгута с культи в ее охлажденных тканях кровообращение возможно вначале только в самых крупных сосудах; не только капиллярная сеть, но и все мелкие сосуды в охлажденном состоянии не пропускают крови. Следовательно, и способность всасывания в культе после снятия жгута восстанавливается лишь постепенно, по мере согревания. В результате имевшиеся в культе токсины поступят в общий ток кровообращения очень медленно, в низкой концентрации, а вследствие этого не смогут оказать вредного действия на мозговые центры.

Таковы мои догадки, претендующие объяснить необыкновенное благополучие всех проделанных нами ампутаций под охлаждением в смысле отсутствия смертей от послеоперационного шока. Я не настаиваю на них, а предлагаю как правдоподобную гипотезу. Сами же факты неоспоримы и практически очень важны.

Анестезию эту можно рекомендовать как весьма ценное приобретение и в тылу, и на фронте. Она не требует никакой аппаратуры, кроме клеенки или чистого ведра. В зимнее время, при больших потоках раненых, нуждающихся в ампутациях, можно по нескольку человек выносить наружу, укрывши теплыми одеялами, а обреченные конечности со жгутами высунуть на снег и обложить льдом. Не следует оставлять такие конечности голыми, обрекая их на замораживание морозным воздухом значительно ниже нуля, тогда действительно может случиться отморожение конечности в пределах будущей культи, которая вследствие этого, разумеется, некротизируется. При охлаждении снегом или льдом для такого отморожения условий нет. Это случилось бы только в случае чрезмерно долгого охлаждения и перетяжки жгутом. Делать этого, разумеется, никак нельзя, а жгут и лед держать дольше 3 часов недопустимо.

Доктор медицинских наук проф. Б. В. ПАРИН

РУБЦОВЫЕ КОНТРАКТУРЫ ПОСЛЕ РАНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И ОЖОГОВ В СВЕТЕ ЛЕЧЕБНО-ЭКСПЕРТНОЙ РАБОТЫ[1]

Рубцовые контрактуры в настоящее время приобретают исключительно важное значение; они занимают ведущее место среди причин утраты боеспособности и трудоспособности при ранениях мягких тканей и военных ожогах.

По данным военно-врачебной комиссии N-ского эвакопункта за 1942 г., среди всех причин негодности к военной службе контрактуры стоят на первом месте (27,9%). Значительно меньший удельный вес имеют занимающие следующие места остеомиэлит (15%) и повреждения периферических нервов (12%).

В свою очередь рубцовые контрактуры являются наиболее частыми среди прочих форм сведений суставов. По материалам военно-врачебной комиссии N-ского эвакопункта, из всех случаев контрактур на долю рубцовых падает 34,9%, тогда как миогенные отмечены в 25%, артрогенные — в 19,9%, неврогенные — в 11%.

Следует отметить, что в группе смешанных (комбинированных) контрактур, на долю которых приходится 8,3%, рубцовый компонент во многих случаях имеет главенствующее значение.

Помимо большой частоты рубцовых контрактур как причины утраты боеспособности, значение их в настоящий момент определяется рядом особенностей, резко выделяющих их среди прочих видов контрактур. Они имеют ясный генез и четкую анатомическую локализованность, так как связаны с развитием плотной рубцовой ткани вблизи сустава.

Превращение грануляционной ткани в грубую, плотную, неподатливую рубцовую ткань представляет собой процесс необратимый. Этим объясняется малая эффективность консервативного лечения сформировавшихся истинных рубцовых контрактур.

Однако общераспространенный взгляд на рубцовые контрактуры как на окончательный и неизбежный исход повреждения, не поддающийся и не подлежащий лечению, является совершенно неверным и должен быть решительно осужден. При современных успехах восстановительной хирургии мы имеем все возможности для успешной борьбы с рубцовыми контрактурами, что даст дополнительные резервы для армии и трудового фронта.

Профилактика рубцовых контрактур должна проводиться преимущественно активными хирургическими методами: вторичный шов, вторичное иссечение раны с глухим швом, ранние пересадки эпидермиса на свежие гранулирующие раны, иссечение длительно не заживающих ран в комбинации с кожной пластикой. Физиотера-

[1] Доложено 29.III.1943 на Окружной научной конференции Уральского военного округа по военно-врачебной экспертизе.

ния и лечебная физкультура при разбираемых формах контрактур имеют лишь вспомогательное значение.

Особенно коренной ломки требует хирургическая тактика в области лечения сформировавшихся рубцовых сведений суставов. Наш довольно значительный клинический опыт дает основание смело рекомендовать широкое применение в госпиталях оперативного устранения рубцовых контрактур. Однако следует подчеркнуть, что операцию необходимо производить возможно раньше, не ожидая полного заживления раны.

На основании собственных наблюдений мы можем утверждать, что своевременно (до развития тяжелых вторичных изменений суставного и сухожильного аппаратов) и правильно выполненная пластическая операция может возвратить боеспособность и трудоспособность большинству раненых с истинными рубцовыми контрактурами независимо от их локализации. Надо попутно отметить, что проблема оперативного устранения рубцовых контрактур представляется довольно сложной. Рубцовые контрактуры отличаются большим клиническим разнообразием, имеют различные формы и степени поражения. Для их устранения должны применяться различные оперативные способы, число которых измеряется десятками.

Применявшиеся нами способы могут быть разбиты на три группы: 1) способы местной пластики, 2) способы, основанные на применении пересадки кожи на ножке, и 3) способы, связанные со свободной пересадкой кожи.

Простые способы первой группы дают полный успех лишь при сравнительно легких формах контрактур.

Отдаленная пластика с помощью филатовского стебля (или по типу «итальянской» пластики) показана лишь в особенно тяжелых случаях, так как отличается большой длительностью лечения.

Наибольшее значение при оперативном лечении рубцовых контрактур имеют способы, связанные со свободной пересадкой кожи во всю толщу. Этот вид пластики еще недавно считался капризной и ненадежной операцией. Разработанный нами способ свободной пересадки больших пластов кожи во всю толщу обеспечил в нашем материале (свыше 2 000 наблюдений) приживление трансплантата во всех случаях.

Оперативное лечение рубцовых контрактур требует специальных знаний и опыта со стороны хирурга и соответствующей обстановки. Поэтому для получения наилучших результатов пластические операции по поводу контрактур должны проводиться в специальных отделениях (или госпиталях) восстановительной хирургии, а не в общих эвакогоспиталях.

Изложенное делает понятным, что отношение военно-врачебных комиссий к рубцовым контрактурам должно быть резко изменено. Рубцовые контрактуры не должны более рассматриваться как окончательный исход повреждения, не поддающийся лечению. Напротив, рубцовые ограничения движений следует оценивать как осложнение ранения, подлежащее оперативному устранению.

Во избежание неправильностей в оценке характера повреждения необходимо указать, что наиболее тяжелые формы с одновременными резкими изменениями сустава, разрушением мышц и сухожилий, большой давностью повреждения и наличием в анамнезе указаний на тяжелую гнойную инфекцию плохо поддаются лечению. В настоящий момент, когда оперативное лечение рубцовых контрактур должно сделаться массовым мероприятием, с практической точки зрения эти формы следует считать иноперабильными. Все остальные формы рубцовых контрактур подлежат оперативному лечению.

Работники военно-врачебных комиссий должны также иметь ясное представление о том, что наилучшие результаты дает своевременная ранняя операция. В этом отношении длительное применение физиотерапии, лечебной физкультуры и т. п. следует считать при рубцовых контрактурах неправильным и вредным, так как оно оттягивает сроки производства радикальной операции и может снизить ее эффективность.

Таким образом, вместо вынесения простого решения о негодности к военной службе на основании статей, трактующих об обширных рубцах, наклонных к изъязвлению или приросших к подлежащей ткани и препятствующих свободным движениям конечности, военно-врачебные комиссии должны прежде всего выполнять функции контроля за правильностью лечения раненых с рубцовыми контрактурами. При этом следует исходить из принципиального положения, что рубцовые контрактуры, как правило, должны подвергаться оперативному лечению.

Вынесение решения о негодности к военной службе на основании упомянутых статей должно проводиться лишь при наиболее тяжелых, действительно иноперабильных формах рубцовых контрактур, в комбинации с большими разрушениями сухожилий, мышц и суставов.

Вынесение решения о временной негодности к военной службе с последующим переосвидетельствованием через 6—9—12 месяцев при операбильных формах рубцовых контрактур является нецелесообразным, так как домашний отдых, трудотерапия и несложная физиотерапия, на которые можно рассчитывать после выписки больного из госпиталя, не принесут пользы при истинных рубцовых контрактурах и к моменту переосвидетельствования раненый останется с прежней степенью утраты боеспособности. Оперативное же лечение рубцовых контрактур в гражданских лечебных учреждениях не проводится в достаточно широких размерах. Следовательно, необходимо добиваться проведения пластических операций при рубцовых контрактурах в стенах госпиталя. Ни один раненый с операбильной формой рубцовой контрактуры не должен выписываться из госпиталя без операции.

В отношении лиц, перенесших оперативное вмешательство по поводу рубцовой контрактуры, военно-врачебная комиссия должна выносить различные решения в соответствии с исходной тяжестью поражения и эффективностью предпринятых операций. В случаях

с полным или значительным восстановлением функции пораженного сустава возможно непосредственное направление на строевую службу.

Если операция заключалась в пересадке большого пласта кожи, выгоднее дать на первые 6 месяцев годность к нестроевой службе, учитывая первоначальную недостаточную стойкость трансплантата и отсутствие в нем чувствительности.

В более тяжелых случаях с полным устранением рубцовой контрактуры в результате операций, но неполным восстановлением силы и объема движений за счет сопутствующих изменений является целесообразным решение о временной негодности к военной службе из расчета на возможное восстановление функции в результате трудотерапии.

Наконец, в ряде случаев и после пластических операций достигаемое восстановление функции сустава не настолько велико, чтобы можно было в дальнейшем рассчитывать на возврат боеспособности. В этих наиболее тяжелых случаях следует принимать решение о негодности к военной службе.

Выводы

1. Рубцовые контрактуры после ранений мягких тканей и ожогов должны подвергаться оперативному лечению. Ни один раненый с операбильной формой рубцовой контрактуры не должен выписываться из госпиталя без операции.

2. Своевременная и правильно выполненная пластическая операция может возвратить боеспособность и трудоспособность большинству раненых с истинными рубцовыми контрактурами.

3. Пластические операции по поводу рубцовых контрактур должны проводиться в специальных отделениях или госпиталях восстановительной хирургии.

4. В практике работы военно-врачебных комиссий рубцовые контрактуры должны оцениваться не как окончательный исход повреждения, а как поддающееся оперативному устранению осложнение.

5. Решение о негодности к военной службе по ст. ст. 45 и 46 должно выноситься лишь при наличии наиболее тяжелых, действительно иноперабильных форм контрактур.

6. Решение о временной негодности с переосвидетельствованием через 6, 9 и 12 месяцев при неоперированных рубцовых контрактурах нецелесообразно. Необходимо стремиться к проведению операции в стенах госпиталя.

★

Майор медицинской службы **В. М. ОГУРЦОВ**

ТРЕНИРОВКА ОПОРНОЙ ФУНКЦИИ НА БЛОЧНО-ПОДВЕСНОМ АППАРАТЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ В ПЕРИОД ХОДЬБЫ НА КОСТЫЛЯХ

Реакция кости на давление и тягу определяет рост и организацию (архитектонику) кости. Эта гипотеза, высказанная еще в 80-х годах прошлого столетия (Вольф), в настоящее время считается твердо установленной.

«Кость при меняющейся на нее нагрузке перестраивается под влиянием живой плазмоидальной массы, причем при уменьшении работы вся кость утончается, при увеличении кость и у взрослого человека разрастается в толщину, заменяя собой больную или отсутствующую» (Воробьев).

Ортопеды учитывают эту роль постоянного давления на кость при лечении различных костных заболеваний и особенно при лечении переломов костей. Еще Ру доказал, что для сращения переломов важное значение имеет взаимное давление отломков. Он отмечает, что характер ткани, развивающейся на концах костных отломков, зависит от механических условий, а именно: плотное соприкосновение костных отломков при их взаимном давлении способствует развитию костной ткани; смещение и трение не очень плотно прилегающих отломков ведут к развитию хрящевой ткани; значительное расхождение и чрезмерная подвижность концов костей обусловливают разрастание соединительной ткани.

В течение последних 50 лет наиболее прогрессивная хирургическая мысль была направлена на сочетание этого закона Вольфа и правила Ру с другими принципами лечения переломов и прежде всего на совмещение двух моментов — правильного положения отломков с движениями в суставах и с ранней нагрузкой.

Доказано, что ранние движения и нагрузка ускоряют течение регенеративных процессов как при лечении методами вытяжения, так и при лечении гипсовыми повязками (Белер, Гориневская и др.). Следовало бы ожидать, что после исключения иммобилизации, когда представляется широкая возможность для разнообразных движений, тренировка опорной функции на основе закона трансформаций Вольфа должна бы найти широкое применение, но в действительности это не так. Разрешение этого вопроса часто предоставляется самому больному. Врач же при этом бывает вынужден констатировать уже совершившийся факт: «Больной оставил костыли», «Перешел на ходьбу с палочкой» и т. д. Между тем активное врачебное вмешательство в виде назначения больному соответствующего режима покоя и движения в этом периоде могло бы уменьшить сроки восстановления трудоспособности, так как известно, что сроки отпусков после госпитального лечения часто бывают больше, чем лечение в госпитале.

По нашим наблюдениям дозированная нагрузка на формирующуюся костную мозоль ускоряет процесс ее функциональной перестройки и роста.

Тренировка опорной функции в период иммобилизации

Закон трансформации Вольфа и правило Ру получили наиболее полное применение при функциональном методе лечения.

Профессор Турнер функциональным методом лечения переломов называет тот, который обеспечивает нормальный прилив крови к месту повреждения, пробуждает засыпающую деятельность надкостницы и дает нагрузку поврежденной конечности. Этот метод может быть применен при лечении переломов как способами вытяжения, так и усовершенствованными способами наложения гипсовых повязок.

В настоящее время лечение в гипсовых повязках с успехом конкурирует с вытяжением и при лечении целого ряда переломов по праву может быть названо функциональным методом лечения, так как с первых же дней возвращает поврежденной конечности возможность выполнять ее основную функцию.

Больные в клинике Белера очень рано начинают ходить в гипсовых повязках со стременем.

«Стремя, по нашему мнению, — говорит Белер, — не преследует цели разгрузки места перелома; мы признаем даже целесообразность такой нагрузки: стремя должно лишь устранить возможность изнашивания гипсовой подошвы».

Вот это сочетание иммобилизации с ранней нагрузкой, в результате усовершенствования наложения гипсовых повязок, по мнению профессора Куслика и др., явилось основной причиной нового подъема авторитета гипсовых повязок.

Белер при лечении переломов придает очень большое значение нагрузке. Он рекомендует вначале установить отломки в правильное положение, затем зафиксировать их гипсовой повязкой до полного заживления перелома, заставляя больного в то же время пользоваться ногой (т. е. ходить), предупреждая этим атрофию мышц и костей, тугоподвижность в суставах и расстройства кровообращения.

Ходьба как лечебное средство применяется Белером при лечении следующих переломов нижних конечностей (в гипсовых повязках): при внутрисуставных переломах шейки бедра, мыщелков бедренной кости, головок большеберцовой и малоберцовой костей, диафизов обеих костей голени и при других переломах.

При лечении переломов диафиза бедра гипсовая повязка накладывается через 2 недели после исчезновения отека. На рентгене убеждаются в безукоризненном состоянии отломков. На следующий день прикрепляют стремя для ходьбы; с этим стременем пострадавший может начать ходить.

В течение первой недели он должен делать по 1 км, а затем прибавлять каждую неделю по 1 км. Каждые 3—4 недели необходимо делать контрольную рентгенограмму. При поперечных переломах с сильным смещением отломков пострадавшие носят гипсовую повязку от 3 до 10 недель.

При лечении переломов костей голени Белер считает ошибочным «не производить систематических упражнений в ходьбе, что ведет к похуданию мышц и костей, к тугоподвижности и к расстройствам кровообращения».

При переломах диафиза большеберцовой, а тем более малоберцовой кости пострадавшие могут начать ходить тотчас же по наложении гипсовой повязки.

При отсутствии смещения отломков и незначительном припухании конечности после переломов лодыжек можно через час после затвердения гипса укрепить железное стремя, с которым пострадавший в состоянии тотчас же начать ходить.

Подобным же образом в клинике Белера проводится лечение и других переломов.

Из этого видно, какое большое значение давлению по оси (ходьба) придает одна из авторитетнейших хирургических школ в мире. На основании изложенного мы решили разработать схему тренировки опорной функции при лечении переломов на грязевом курорте, т. е. в период со времени снятия иммобилизации до полного восстановления функции.

Этот период начинается с того момента, когда клинически или рентгенологически удается констатировать костное сращение отломков, и характеризуется следующими этапами восстановления целости кости: увеличение костной мозоли, окостенение и отграничение костной мозоли, исчезновение линии перелома, плотность нормальной кости, пластичность нормальной кости. Длительность этого периода при обычном лечении несмещенных переломов диафизов, по Адре и Матти, доходит до 2 лет.

В функциональном отношении это охватывает последовательно этапы: ходьба на костылях без опоры на больную ногу, ходьба на костылях с частичной опорой на больную ногу, ходьба с палочкой, ходьба без посторонней опоры и, наконец, бег и другие равнозначные движения.

Тренировка опорной функции ног в период ходьбы на костылях

Ответственным моментом являются первые самостоятельные шаги больного. На основании рентгеновских данных и клинической оценки врач разрешает больному первый раз встать с постели. Оставить костыли, палку и перейти на бег врач разрешает на основе строго объективных методов обследования, а еще чаще это решается самим больным.

При ходьбе на костылях пострадавшие полностью или частично разгружают больную ногу. Для объективного исследования силы

давления на больную ногу мы пользовались обыкновенными медицинскими весами «Фербенкс». Пострадавший ставил больную ногу на площадку весов, а здоровую ногу на скамейку, установленную на одном уровне с весами. Испытуемому предлагалось переносить центр тяжести на больную ногу. Последовательно уравновешивая весы и предлагая пострадавшему надавливать корпусом на больную ногу, мы определяли возможную силу давления на эту ногу.

Значение этого исследования и последующих физкультурных мероприятий будет показано на примере больного Ив-ва.

Больной Ив-в прибыл в санаторий через 5 месяцев после огнестрельного перелома левой большеберцовой кости. Заживление перелома осложнилось остеомиэлитом. За 15 дней до приезда в санаторий была произведена секвестротомия; после операции больной лежал 10 дней, не вставая с постели. На рентгенограмме от 29.VII.1940 установлен крупнооскольчатый перелом средней трети большеберцовой кости с крупным центральным дефектом. Смещение отломков незначительное, с недостаточно выраженной мозолью. В центре мелкие секвестры. Остеопороз. Клинически в средней трети левой голени свищ с обильными гнойными выделениями. Правое бедро на 2 см тоньше левого; правая голень на 3 см тоньше левой. Амплитуда движений в левом голеностопном суставе 15°, т. е. на 53° меньше, чем в одноименном здоровом суставе.

Определено, что больной может давить на больную ногу с силой в 17 кг. Вес тела—64,2 кг. У нас возникла мысль «облегчить» противовесом вес тела больного до 17 кг и позволить ходить без костылей. Эту задачу мы разрешили при помощи простых блоков; с этой целью на больного надевали особое крепление типа парашютного, соединенное со стальным тросом, перекинутым через два блока. К противоположному концу троса прикреплялся груз в 47,2 кг, который с этой силой тянул больного кверху. После «подвески» больного он становился на весы для контроля; его вес оказался равным 17 кг (рис. 1).

Таким образом, цель была достигнута: ноги испытывали давление, определенное при предварительном испытании силы давления больной ноги. Достигнув этого, мы предложили больному ходить на месте.

Уменьшая постепенно изо дня в день груз «подвески» и увеличивая этим давление на больную ногу, т. е. на место перелома, мы приближали давление к нормальному весу больного. Через 15 дней больной мог ходить при грузе в 10 кг, а на 16-й день без посторонней опоры, вначале—на месте, а затем передвигаясь по комнате. Дозировка ходьбы при помощи блока определялась, кроме груза, временем, темпом, высотой шага. Таблица показывает, как постепенно увеличивалась нагрузка на мозоль у больного Ив-ва; при этом принцип тренировки, т. е. ежедневного увеличения нагрузки, соблюдался особенно строго. Каждый день больной получал большую нагрузку, чем в предъидущий; если же облегчение веса тела за счет груза оставалось неизменным, то увеличивалось время ходьбы или темп.

Как видно из таблицы на стр. 43, больной с тяжелым, не вполне сросшимся осложненным переломом большеберцовой кости через 16 дней смог оставить костыли, тогда как вначале он совершенно не опирался на больную ногу. Одновременно подвижность в голеностопном суставе увеличилась с 15° до 25°. Атрофия мышц левого бедра и голени уменьшилась на 1 см. Нога приняла нормальную окраску и форму, но свищ оставался открытым и выделения из него продолжались попрежнему. Из свища вышло три секвестра. Секвестрация сопровождалась незначительной местной воспалительной реакцией.

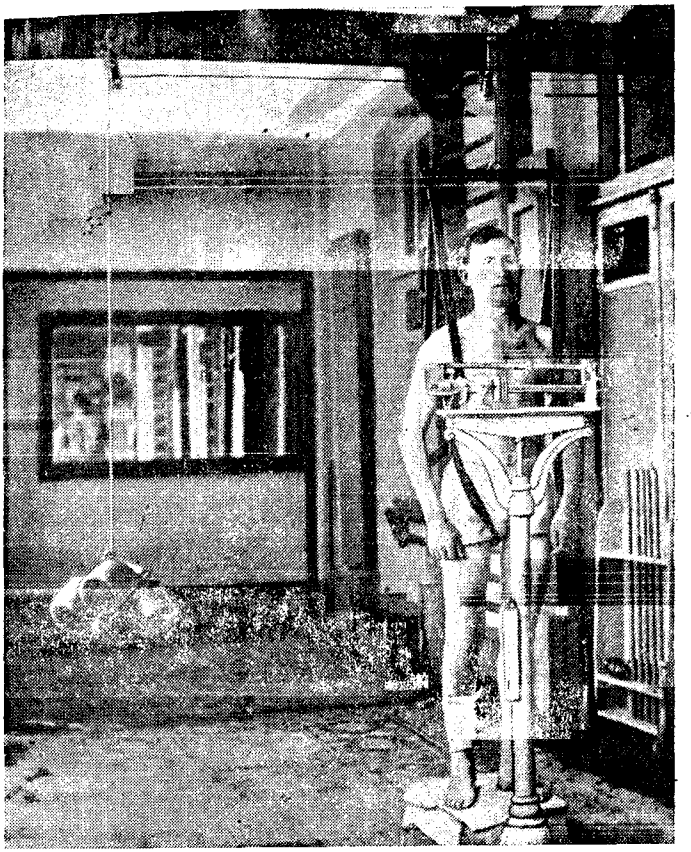


Рис. 1

Повторная рентгенограмма через 28 дней показала заметное увеличение кальцинации мозоли за счет уменьшения линии перелома. Центральный дефект кости и мелкие секвестры сохранились. В последующем с больным проводилась тренировка в ходьбе и беге.

Через 19 дней после оставления костылей больной ходил строевым и походным шагом, т. е. 120 шагов в минуту при длине шага в 75—80 см, проходя километр за 11—12 минут.

Одновременно с обучением и тренировкой больного в ходьбе проводилось обучение бегу на месте при помощи той же блоковой системы. Таким образом, нервно-мышечный и суставный аппараты подготовлялись к следующему этапу восстановления функции. Застывшая в течение многих месяцев сложная игра импульсов бега снова проявлялась. Через 24 дня после оставления костылей больной мог бегать в темпе 180 шагов в минуту при длине шага в 1 м. Вскоре Ив-ов участвовал в волейбольных играх, совершал пешеходные экскурсии до 3 км по гористой местности. Амплитуда

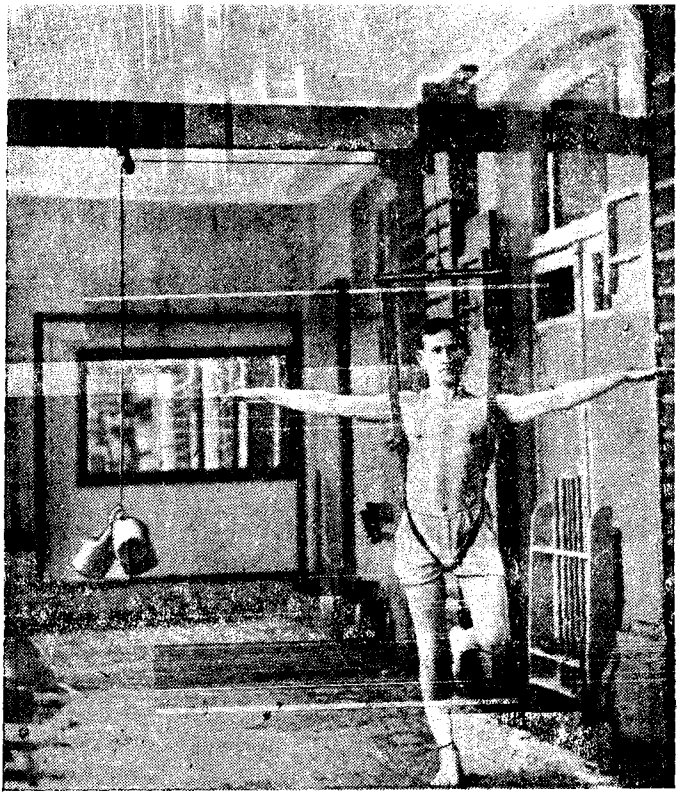


Рис. 2

движений в голеностопном суставе восстановилась до 40°. Рентгенограмма через 45 дней отразила указанные функциональные результаты — кальцинация мозоли между отдельными фрагментами была выражена резче; края дефекта более четкие; секвестры имели меньшую интенсивность.

Тренировка в ходьбе у больного Ив-ва сопровождалась ощущением давления в месте мозоли. Часто больной отмечал легкую болезненность в месте перелома или в соседних суставах, которая через 1—2 часа исчезала. Выделения из свища во время ходьбы увеличивались. Местная воспалительная реакция несколько раз усиливалась, обычно в связи с секвестрацией; за $1^1/_2$ месяца выделилось четыре секвестра. При этом температура тела ни разу не повышалась, местная воспалительная реакция не распространялась за пределы голени. Однако в отношении других больных мы этого не можем отметить. Из 7 человек с переломами, осложненными остеомиэлитом, у троих имело место кратковременное повышение температуры тела, причем у одного оно закончилось секвестрацией, у двоих температура через 2 дня снизилась до нормы.

Ходьба на месте с «облегченным» весом тела больного Ив-ва

Дата	Темп (шаги в 1 минуту)	Время (в минутах)	Облегчающий груз	Вес тела в аппарате
3.VIII	80	10	42	22
5.VIII	100	12	42	22
7.VIII	100	18	37	27
8.VIII	100	14	39	29
9.VIII	100	18	35	29
13.VIII	100	30	25	39
14.VIII	100	30	25	39
15.VIII	120	20	20	42
16.VIII	130	30	20	42
17.VIII	138	20	20	42
18.VIII	112	15	15	49
20.VIII	120	20	15	49
21.VIII	120	15	12	52
22.VIII	108	30	10	54
23.VIII	120	20	10	54
23.VIII	Самостоятельная ходьба на месте без всяких приспособлений			

Краткая выписка из истории болезни Ив-ва является характерной для остальных. Всего по данной методике в комбинации с бальнеолечением (грязевыми и серными ваннами) в Пятигорском санатории Красной Армии лечилось 15 человек. Это были раненые с финляндского фронта со сложными, вяло срастающимися огнестрельными переломами: бедренных костей—6 человек, большеберцовой кости—4 человека, обеих костей голени—2 человека, костей голени и стопы—2 человека и костей стопы—1 человек. Прибыли они в санаторий после ранения: через 4 месяца — 3 человека, через 5 месяцев — 5 человек и через 6 месяцев и позже — 7 человек. У большинства больных заживление переломов сопровождалось тяжелыми осложнениями: остеомиэлитом—у 7 человек, неправильным положением отломков — у 5 человек, повреждением периферических нервных стволов — у 2 человек и анкилозом суставов (тазобедренного и голеностопного) — у 2 человек. До поступления в санаторий больные ходили на костылях: по 1 месяцу — 4, по 2 месяца — 6 и по 3 месяца и более — 5 человек. Сила опоры на больную ногу была различная. Если давление статического веса тела больного на нижние конечности принять за 100%, то возможная сила опоры на больную ногу была при поступлении: у 4 человек — до 50%, у 5 — до 75% и у 3 — до 80—90% (методика исследования при помощи весов «Фербенкс» описана выше). В конце санаторного лечения сила опоры на больную ногу восстановилась до 100% у 14 человек и только у одного (с анкилозом тазобедренного сустава) — до 90%. Первые могли ходить по кабинету без посторонней помощи, а последний — с палкой. Однако при дли-

тельных прогулках, особенно по гористой местности, многие пользовались палкой. Это пользование палкой преследовало профилактические цели, так как ею пользовались даже те больные, которые в кабинете ходили строевым и походным шагом и могли бегать.

Необходимо отметить, что тренировка с помощью описанного аппарата, наряду с указанными результатами, оказывала большое психотерапевтическое влияние на больных. Больные изо дня в день сами наблюдали за успехами своего лечения. Результаты повторных измерений силы давления больной ногой были понятны больным. Этот показатель они приводили как главный при приемах и обходах врача.

У больных была полнейшая возможность самим наблюдать и исчислять ежедневную разницу в нагрузках и, что самое главное, заранее знать, что с момента нагрузки полным своим весом они смогут безболезненно ступать без помощи костылей. Это устраняло страх при первых самостоятельных шагах.

Последующий этап лечения после оставления костылей, т. е. тренировка опорной функции дозированной ходьбой, переход на бег и обучение спортивным играм, разработан отдельно и послужит предметом особого изложения.

На основе вышеизложенного мы считаем возможным сделать предварительные выводы:

1. Предложенный аппарат для «облегчения» веса тела травматиков весьма прост, дает возможность строго дозировать нагрузку на место перелома, т. е. последовательно тренировать опорную функцию нижних конечностей при заживлении переломов.

2. Тренировка опорной функции ног после переломов костей уменьшает сроки пользования костылями.

3. Ходьба при помощи блочно-подвесной системы оказывает прекрасное психотерапевтическое влияние на больных.

4. Обычные весы «Фербенкс» (или другие удобные для этой цели) могут быть использованы для объективного определения силы опоры на больную ногу.

5. Предложенный способ лечения устраняет момент субъективизма при решении вопроса об оставлении костылей.

★

Майор медицинской службы Н. Н. КУКИН

АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ С ВЫКРАИВАНИЕМ ТРУБЧАТОГО ЛОСКУТА

Из-за сложности обстановки и угрозы инфекции ампутации конечностей в войсковом и армейском районах обычно не дают полноценной культи и в подавляющем большинстве случаев впоследствии необходимы реампутации конечности.

Для устранения этого я в феврале 1942 г. предложил при ампутациях конечностей выкраивать кожно-фасциальный лоскут из тканей части конечности, подлежащей отсечению, и сшивать его в трубчатый стебель, чтобы использовать в будущем для пластики.

Пользуясь этим способом, можно: 1) ускорить процесс лечения раны культи; 2) освободить в дальнейшем больного от пластических операций, связанных со взятием кожи на новых местах, а в ряде случаев и избежать реампутации конечности; 3) создать более благоприятные условия для протезирования путем закрытия раны кожно-фасциальным, подвижным лоскутом с рубцом, расположенным по задней поверхности культи.

Техника операции. На участке конечности, подлежащем удалению, из неповрежденных тканей выкраивают кожно-фасциальный лоскут размерами 10 × 12 или 12 × 15 см, полуовальной формы; после отделения лоскута от подлежащих тканей его отворачивают кверху и ампутация производится обычным способом с оставлением раны культи открытой. Лоскут сшивают в трубчатый стебель и во избежание перегиба дренируют тонкой резиновой трубкой. Рану культи засыпают порошком белого стрептоцида или на нее накладывают повязку с мазью Вишневского.

По истечении 3—5 дней, если нет воспалительных явлений в ране, или позже при появлении чистых грануляций рану культи закрывают развернутым трубчатым лоскутом с наложением швов.

Лечение заканчивается в 16—20 дней с образованием годной для протезирования культи.

По этому способу произведено около 100 ампутаций. Полученные результаты позволяют рекомендовать этот метод для широкого применения, особенно при первичных ампутациях конечностей. Метод прост, безопасен и удлиняет операцию всего лишь на несколько минут.

Применение метода сокращает срок лечения в два-три раза, обеспечивая получение вполне пригодной для протезирования культи.

Противопоказанием к применению метода служат: газовая гангрена, отсутствие необходимых жизнеспособных тканей в местах, подлежащих ампутации, резко ослабленное состояние больного.

★

Майор медицинской службы Т. Н. ГЕРАСИМЕНКО
и полковник медицинской службы проф. Б. Л. ПОЛЯК

КУПИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ГОНОБЛЕНОРРЕИ ГЛАЗ У ВЗРОСЛЫХ ВНУТРИВЕННЫМИ ВЛИВАНИЯМИ СУЛЬФИДИНА

(Предварительное сообщение)

Из кафедры глазных болезней Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова (нач. кафедры—полковник медицинской службы проф. Б. Л. Поляк)

В глазной клинике Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова начали применять сульфидин при лечении конъюнктивитов и гнойных язв роговой оболочки с 1940 г. За это время накопился значительный материал относительно действия сульфидина при различных глазных заболеваниях, а также методов применения его (присыпки, мази, субконъюнктивальные и внутривенные инъекции).

В настоящем сообщении мы имеем в виду поделиться своими впечатлениями об исключительно эффективном действии внутривенных инъекций сульфидина при гонобленоррее глаз у взрослых [1].

Сульфидин применяется нами внутривенно в 5% концентрации по схеме Н. И. Корнетова, предложенной для лечения крупозной пневмонии. 5% раствор сульфидина приготовляется на растворе едкого натра в дестиллированной воде. К 95 см³ горячей дестиллированной воды добавляют 20 капель 50% раствора едкого натра и сразу же в этот раствор всыпают 5,0 заранее отвешенного сульфидина. Взбалтывают до растворения (если растворяется не полностью, нужно добавить еще 1—2 капли 50% раствора NaOH). Раствор сульфидина фильтруют и стерилизуют на водяной бане в течение 25—30 минут. Первые 3 дня вводят внутривенно по 20 см³ 5% раствора сульфидина два раза в день с промежутком в 2 часа; в последующие 3 дня — по одному разу в день по 20 см³ того же раствора; всего вводится 180 см³ 5% раствора, т. е. 9 г чистого сульфидина.

Результаты внутривенного применения сульфидина при гонобленоррее глаз у взрослых превзошли все наши ожидания: отек век, хемоз конъюнктивы, обильное гнойное отделяемое — все это значительно уменьшалось уже через сутки; гонококки из конъюнктивального мешка исчезали через 24 часа и в дальнейшем при ежедневных исследованиях вновь не обнаруживались. На пятый и шестой день обычно исчезает отделяемое. Остается в течение 1—2 недель гиперемия конъюнктивы век и бархатистость. Язвы роговицы, столь часто и грозно осложняющие

[1] Мы предпочитаем внутривенное применение сульфидина введению его per os, так, как: 1) при внутривенном введении не наблюдается побочных явлений (рвоты и др.), 2) расход препарата уменьшается в 2 раза.

гонорройные конъюнктивиты у взрослых, протекают доброкачественно. Никаких отрицательных явлений общего или очагового характера при внутривенном введении сульфидина мы не наблюдали.

Мы применяли внутривенные инъекции 5% раствора сульфидина при лечении 16 взрослых с гонобленорреей глаз [1].

Здесь мы приводим краткие выписки из трех историй болезни, типичных для всей группы.

Случай 1. Больная Д., 19 лет (история болезни № 5172). 1.VII.1942 заболел внезапно левый глаз, а через 4 дня и правый. Из анамнеза выяснилось, что у больной в феврале этого года были выделения (бели) и болезненное мочеиспускание. В клинику поступила 11.VII. При поступлении веки отечны, глазные щели закрыты. При раскрывании век из конъюнктивального мешка вытекает обильное серовато-зеленоватого цвета гнойное отделяемое. Конъюнктива век резко гиперемирована, разрыхлена. Хемоз конъюнктивы глазного яблока. Роговица правого глаза прозрачна, блестяща, зрачок узкий, радужка слегка изменена в цвете; дно из-за светобоязни рассмотреть не удается. Левый глаз: глазное яблоко резко инъецировано, перикорнеальная инъекция. На роговице на IX часах, в 1 мм от лимба, язва размером 3 × 4 мм с сероватым вышячиванием в центре. В роговицу с X до XIII часов врастают поверхностные сосуды, не доходящие до язвы. Цвет радужки изменен, рисунок стушеван. Дно рассмотреть не удается из-за резкой светобоязни. В мазке из конъюнктивального содержимого обоих глаз — гонококки.

Диагноз: гонорройный конъюнктивит обоих глаз; язва роговицы левого глаза.

Проведен курс вливаний 5% раствора сульфидина по схеме Корнетова. Местно — только частые промывания глаз раствором марганцовокислого калия 1 : 5 000, 10% сульфидиновая мазь в оба глаза и 1% раствор пилокарпина в левый глаз.

Через 24 часа после первого вливания сульфидина отек век, хемоз конъюнктивы и гнойное отделяемое значительно уменьшились; гонококки из конъюнктивального содержимого исчезли. На третий день отек век почти исчез, больная свободно открывает глаза. Отделяемого мало. Роговица без изменений. На пятый день отек век исчез, отделяемого нет. Правый глаз спокоен, левый глаз раздражен. Выпячивание дна язвы несколько увеличилось. Постельный режим. Через 10 дней правый глаз в хорошем состоянии; язва левого глаза эпителизируется, дно ее уплощается. Через 20 дней язва роговицы зарубцевалась. Острота зрения правого глаза равна 1,0, левого — 0,5.

Случай 2. Больная Р., 28 лет (история болезни № 6275). Глаза заболели 16.VIII.1942. Поступила в клинику 21.VIII. При поступлении: резкий отек век, глазные щели закрыты, обильное гнойное отделяемое из конъюнктивального мешка. Конъюнктива век гиперемирована; хемоз соединительной оболочки глазного яблока. Роговицы несколько тусклы; радужные оболочки без изменений. В мазках из конъюнктивального содержимого обоих глаз — гонококки.

Диагноз: гонорройный конъюнктивит обоих глаз.

Назначено промывание глаз раствором марганцовокислого калия (1 : 5 000) и присыпка мельчайшим порошком сульфидина шесть раз в день. На третий день — гнойного отделяемого много; отек век несколько меньше, хемоз держится. На роговице правого глаза у лимба, от XI до II½ часов, появился инфильтрат в виде полоски шириной 0,5—1 мм, окрашивающийся флюоресцеином. Ввиду безрезультатности местного лечения сульфидином начат курс внутривенных вливаний сульфидина по схеме Корнетова. Уже на следующий день (после первых двух вливаний) отек век, хемоз и отделяемое значитель-

[1] Более подробный анализ эпидемиологических и клинических особенностей этих наших наблюдений будет дан в специальной работе.

но уменьшились; больная свободно открывает глаза; инфильтрат на роговице держится. Через 2 дня (после четырех вливаний) отделяемого нет, инфильтрат на роговице меньше, флюоресцеином не красится. Гонококков в мазках из конъюнктивального содержимого не обнаружено.

В этом случае сделано было всего 6 вливаний, т. е. введено 6 г сульфидина (вместо 9 г по Корнетову). К концу недели остались только явления гиперемии конъюнктивы хрящей и переходных складок. Больная выписана из клиники в хорошем состоянии через 10 дней.

Случай 3. Больная Н., 24 лет (история болезни № 6678). При поступлении в клинику (8.IX.1942) веки отечны, глазные щели закрыты, обильное гнойное отделяемое, конъюнктива век резко гиперемирована. В верхней и нижней части роговицы правого глаза поверхностные инфильтраты серого цвета, окрашивающиеся флюоресцеином. В роговице левого глаза на II часах и близ центра — также небольшие поверхностные инфильтраты. Хемоз конъюнктивы вокруг лимба. В мазках из конъюнктивального отделяемого обоих глаз — гонококки в большом количестве.

Диагноз: гонобленоррея обоих глаз; начинающееся изъязвление роговицы.

Сразу же приступили к внутривенным вливаниям 5% сульфидина. Местно — только промывания глаз раствором марганцовокислого калия и 3% ксероформная мазь. Через сутки отек век, хемоз и гнойное отделяемое значительно уменьшились. Больная открывает глаза. Гонококки в мазках не обнаружены. Инфильтраты в роговицах почти исчезли, как бы растворились, на их месте остались дефекты ткани, которые покрылись эпителием в течение последующих 3 суток. К этому времени отделяемое почти исчезло. В дальнейшем лечение цинковыми каплями. На двенадцатый день — умеренная гиперемия и набухлость конъюнктивы; отделяемого нет. В верхней части роговицы правого глаза глубокая фасетка, покрытая эпителием; в роговице левого глаза — точечное помутнение в центральной ее части.

Крайне важно, помимо лечебного, и профилактическое значение внутривенной сульфидинотерапии в отношении второго глаза, если он к моменту начала лечения был здоров. Повидимому, лучшей защитой для здорового глаза является при этом методе быстрая ликвидация гонококковой флоры в больном глазу.

Местное применение сульфидина в порошке и в мази оказалось при этом заболевании малоэффективным (у взрослых). При проведении курса вливаний сульфидина местное лечение может быть ограничено частыми промываниями глаз раствором марганцовокислого калия (чтобы удалить гной), закладыванием ксероформной мази при наличии заболевания роговицы и инстилляцией атропина или пилокарпина (по показаниям).

На основании наших 16 случаев гонорройного конъюнктивита у взрослых, леченных внутривенными вливаниями 5% сульфидана, у нас создалось впечатление, что этот метод купирует, обрывает течение болезни По своей эффективности он оставляет далеко позади все прочие методы лечения такого грозного заболевания, как гонобленоррея глаз. Это и побуждает нас опубликовать первые свои наблюдения в порядке предварительного сообщения.

Мы полагаем, что этот метод завоюет прочное место в практической офталмологии. Дальнейшие наблюдения должны уточнить дозировку сульфидина, количество препарата на одну инъекцию и на курс лечения. Есть основания предполагать, что количество сульфидина на курс лечения можно будет несколько снизить по сравнению со схемой Корнетова, как было установлено во втором из приведенных нами случаев.

★

Н. Е. СЛУПСКИЙ

СЛУЧАЙ ПЕРЕВЯЗКИ A. ANONYMA ПО ПОВОДУ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АНЕВРИЗМЫ

Красноармеец М-н, 29 лет, 5.IX.1943 ранен осколком снаряда в правую надключичную область у наружного края m. sterno-cleido-mastoideus.

Первая помощь оказана через 4 часа; прошел три госпиталя с одинаковым диагнозом: «слепое ранение в области правой ключицы».

Раненый 16.IX поступил в N-ский эвакогоспиталь, где дежурный врач установил ранение крупных сосудов. Раненый жаловался на боли в области ранения и в голове, невозможность поднять голову, наклонять ее влево.

Больной среднего роста, правильного телосложения, подкожный жировой слой развит в средней степени. Шея наклонена вправо, голова согнута слегка вперед, а лицо обращено влево; кожа и видимые слизистые окрашены нормально. Справа в надключичной области от наружного края грудино-ключично-сосковой мышцы слепое осколочное ранение размером 0,5 см с серозным отделяемым. В окружности раны отечность и следы кровоподтека. Пальпаторно определяется урчание в области рукоятки грудины; на передней поверхности грудной клетки вверху справа и слева, на правых и значительно слабее на левых aa. carotis, subclavia, axillaris выслушивается непрерывный дующий шум, усиливающийся при пульсации сосудов. Такой же дующий шум, но более слабый слышен и в области сердца. Наиболее интенсивно он ощущается у края рукоятки грудины справа. Тоны сердца чисты, в легких везикулярное дыхание. Пульс 76 в минуту, хорошего наполнения, одинаков на обеих лучевых артериях. Гемоглобина 38%, эритроцитов 3 600 000.

При рентгенологическом обследовании в полости грудной клетки сзади, медиально, на уровне X ребра, на паравертебральной линии позади тени сердца прощируется мелкий металлический осколок.

Диагноз — аневризма a. anonymae. Предложена операция.

Перед операцией производилось периодически прижатие общей сонной артерии, которое переносилось без неприятных ощущений.

5.X под хлороформно-эфирным наркозом сделан дугообразный разрез по внутреннему краю грудино-ключично-сосковой мышцы от средней ее трети вниз, огибая грудино-ключичное сочленение и далее под ключицей параллельно наружной ее трети. По отсепаровании кожного лоскута сделан на передней поверхности ключицы продольный разрез надкостницы, отсепарована надкостница, ключица перепилена, сделано вычленение в грудино-ключичном

суставе, ножка грудино-ключичной мышцы отсечена от грудины; надкостнично-мышечный лоскут поднят вверх, рассечена передняя стенка сосудистого влагалища на шее и обнажена общая сонная артерия; последняя тупо выделена, под нее подведена лигатура. При прижатии пальцем общей сонной артерии шум остается и определяется ниже. Кожный разрез продлен по правому наружному краю грудины и сделан поперечный разрез к нижнему краю левого грудино-ключичного сочленения, отсепарована надкостница и долотом удалена справа бо́льшая половина рукоятки грудины; лоскут задней надкостницы рукоятки грудины отброшен влево. Таким образом вскрыто переднее средостение, отсепарована справа плевра и выделена a. anonyma, после того как v. anonyma sinistra была оттянута вниз к дуге аорты. В верхнем отделе безымянной артерии у бифуркации обнаружено расширение и выпячивание кзади сосуда с истончением его стенок, инфильтрация, кровоподтек. Под артерию со стороны правой безыменной вены подведена лигатура на игле Дешанэ. У места расширения сосуда определяется пальцем резкий дующий шум. Безыменная артерия у основания захвачена мягким кровоостанавливающим зажимом. Шум у места аневризмы исчез, и сразу же спались общая сонная и подключичная артерии. На a. anonym , у ее отхождения от дуги аорты, наложена лигатура, подведена вторая лигатура и завязана на некотором расстоянии от первой. Наложены также лигатуры на мелкие сосуды, ранее захваченные пеаном. После наложения лигатуры на a. anonyma артерия и вены спались, ткани операционной раны приняли тусклокоричневый вид и не кровоточили.

Резецированная ключица и рукоятка грудины убраны, ножка грудино-ключично-сосковой мышцы с надкостницей пришита к остаткам надкостницы грудины. На раневую поверхность насыпано 10 г белого стрептоцида, введена турунда, на кожу наложены швы. Перелито 500 см³ крови. Больной уложен на койку без подушки, нижний конец кровати приподнят, рука помещена в суховоздушную ванну температурой 39° и периодически обкладывалась грелками.

На 3-й день удалена турунда. Выделилось около 100 см³ серозно-кровянистой жидкости. На 9-й день сняты швы. Заживление первичным натяжением. Послеоперационный период протекал гладко. Рука все время оставалась теплой, движения сохранены, хотя ослаблены, пульсация в сосудах руки и на a. carotis communis справа и на лице не определяется. Спустя 55 дней после операции больной ходит свободно, головокружения нет; движения в правой руке сохранены; рука слегка цианотична, концы пальцев бледноваты. Динамометром правой руки выжимает 20, левой — 30; до операции правая рука была сильнее. Отсутствует пульсация на сосудах правой руки и правой половины шеи и головы.

С 6-го дня после операции выслушивается венозный шум справа на шее; при прижатии v. jugularis interna шум прекращается. Этот венозный шум зависит, повидимому, от сжатия v. jugularis и v. subclavia рубцами.

По имеющимся у меня данным, в мировой литературе описано 70 случаев оперативных перевязок a. anonyma с 24 случаями выздоровления.

Из русских хирургов a. anonyma перевязали Арендт, Буяльский, Пирогов в 1852 г., затем Крымов, Герцен, Парин, Юкельсон (больные трех последних авторов выздоровели); описываемый мной случай является четвертым случаем выздоровления в России.

Надо подчеркнуть мощность коллатерального кровообращения в приведенном случае. Питание правой верхней конечности взяли на себя межреберные артерии и a. carotis sinistra со своими ветвями: a. thyreoidea и a. carotis externa, а питание центральной нервной системы, головного мозга происходит за счет a. carotis interna sinistra и a. vertebralis sinistra.

★

Майор медицинской службы **И. И. ПРОТОПОПОВ**

ЛЕЧЕНИЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ В УСЛОВИЯХ АРМЕЙСКОГО ТЫЛА

В течение года через госпиталь прошло 302 раненных в череп, в том числе 121 человек с повреждением мозга. Большинство раненых доставлено на 2—3-и сутки после ранения. Из оперированных на предыдущих этапах умерло 16%, из оперированных в госпитале — 13%. Результаты хирургической помощи улучшились, когда в практику вошло засыпание операционной раны белым стрептоцидом (6 г) и дача сульфамидов внутрь. Всем оперированным производилось внутривенное вливание 40% глюкозы и уротропина; морфин не применялся; раненые получали люминал. Описана применявшаяся методика оперирования черепных ранений и приведено несколько историй болезни.

Выводы: раненные в череп легче переносят эвакуацию до оперативного вмешательства, которое следует производить на передовом этапе по тактическим соображениям и принимая во внимание состояние путей эвакуации; срок пребывания в лечебном учреждении после операции следует продлить до 3 недель; применение стрептоцида и дача сульфамидов внутрь снижают количество осложнений при черепно-мозговых ранениях.

★

Капитан медицинской службы **В. Р. ОВЕЧКИН**

К ЭКСПЕРТИЗЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТРАВМАТИЧЕСКИХ НЕВРИТОВ

Обследовано 1 020 раненых с травматическим поражением периферических нервов. Количество годных к военной службе после переосвидетельствования уволенных в запас в среднем через 8½ месяцев после ранения и через 4½ месяца после выписки из госпиталей достигло 50,4%. При лечении существенна помощь электродиагностики в период функционального восстановления конечности: в 57% всех случаев оказалось необходимым консервативное лечение (нервно-мышечная реакция нормального харак-

тера, часто понижена) и в 43% — оперативное вмешательство (реакция перерождения в 13% случаев полная, в 30% частичная). Заживление раны длилось в среднем 82 дня; в 50% случаев раны заживали в течение 5 дней — 2 месяцев, в 25% случаев — дольше 4 месяцев, при максимальной длительности заживления в 300 дней.

★

Проф. А. Г. ИВАНОВ-СМОЛЕНСКИЙ

ВЛИЯНИЕ КВИЕТАЛА (НОКТАЛЯ) НА СОСТОЯНИЕ ОБЩЕГО ВОЗБУЖДЕНИЯ У НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Изучая терапевтическое действие квиетала, мы, кроме того, сравнивали его с действием других успокаивающих и снотворных веществ, исследовали влияние всех этих веществ на корковую динамику и изучали их влияние на вегетативную нервную деятельность.

За 3 месяца поставлено около 170 опытов на 75 больных. Изучались квиетал, амитал, гексонал, сонбутал, паральдегид и смесь А. И. Кузнецова (диал, сернокислая магнезия, хлоралгидрат).

Наиболее эффективными оказались квиетал и амитал. Для квиетала характерен длительный успокаивающий и кратковременный снотворный эффект, особенно в дозах 0,3—0,5; никаких соматических осложнений не наблюдалось; усиления имевшегося во всех случаях возбуждения не наблюдалось; корковая динамика изменялась во время успокаивающего эффекта в смысле общего улучшения ее; влияние на вегетативную нервную деятельность выражалось в понижении кровяного давления и замедлении дыхания и пульса; общая вегетативная картина носила характер вегетативной дистонии.

★

Полковник медицинской службы С. Г. СИВЕРС

и полковник медицинской службы проф. М. И. КУСЛИК

ОПЫТ ЭВАКУАЦИОННО-СОРТИРОВОЧНОЙ ГРУППИРОВКИ РАНЕНЫХ ПО СРОКАМ ЛЕЧЕНИЯ

На этапах санитарной эвакуации маневр коечным фондом должен отвечать размерам потока раненых. В соответствии с ожидаемым количеством раненых эвакуация должна освободить необходимое количество мест. В периоды напряженного потока раненых сроки госпитализации, естественно, сокращаются, интенсивность эвакуации увеличивается и в госпиталях задерживаются только нетранспортабельные и легко раненые с весьма короткими сроками лечения; наоборот, в периоды затишья эвакуация резко сокращается и основная масса раненых, за исключением требующих крайне длительного лечения, задерживается в эвакогоспиталях. Сроки лечения контингентов, подлежащих оставлению в эвакогоспиталях и подлежащих эвакуации, в каждом отдельном случае комплектования поездов определялись ориентировочно. В каждом случае изменения напряжения поступающего потока раненых изменялась длительность лечения раненых, подлежащих оставлению в эвакогоспиталях, колеблясь в очень значительных пределах: от 2 недель до 6 месяцев. Легко понять затруднение врачей, которым практически приходилось отбирать для эвакуации раненых со сроками лечения выше или 2 недель, или 1 месяца, или $1^1/_2$ месяцев и т. д., в зависимости от потребности в койках. Ввиду трудности предсказания сроков выздоровления сортировка врачами раненых не всегда приводила к цели и не всегда освобождалось необходимое количество коек. Это зависело от недостаточной осведомленности командования о составе заполнявших эвакогоспитали раненых с точки зрения длительности лечения, поэтому указания о предельном сроке лечения раненых, подлежащих оставлению в системе РЭП, давались по приблизительным данным. Получаемые РЭП ежедневные донесения из госпиталей с детальным указанием состава раненых по диагнозам соответственно установленной форме были для этой цели мало пригодны. Убедившись, что для правильного и планового маневра койками необходима, кроме диагностической сортировки, еще и прогностическая, указывающая длительность сроков лечения и его исходы, авторы ввели эвакуационно-сортировочные группы.

С февраля 1943 г. в эвакогоспиталях N-ского РЭП было вве-

дено 5 эвакуационно-сортировочных групп, что при планировании эвакуации дало ряд существенных преимуществ.

В первые четыре эвакуационно-сортировочные группы входили раненые, подлежавшие по выздоровлении возвращению в часть, причем к первой группе относились раненые со сроком лечения до $1^1/_2$ месяцев, ко второй группе — от $1^1/_2$ до 3 месяцев, к третьей группе — от 3 до $4^1/_2$ месяцев и к четвертой группе — от $4^1/_2$ до 6 месяцев, в пятую же группу входили раненые со сроком лечения свыше 6 месяцев и все остальные раненые, которые независимо от сроков лечения должны быть признаны по выздоровлении негодными к службе в Красной Армии; отдельно указывается, сколько в этом числе ампутированных.

По каждой группе показывалось общее количество раненых и сколько из них подготовлено к эвакуации.

В день поступления каждому раненому устанавливали диагноз и относили его к соответствующей эвакуационно-сортировочной группе. Если диагноз представлял трудности, решение вопроса задерживалось на несколько дней до проведения необходимых исследований, получения заключения консультантов и т. п., но и в таких случаях раненого при поступлении относили предположительно к одной из групп. Сравнительно большие интервалы (в $1^1/_2$ месяца) при делении на группы приняты для облегчения прогностической сортировки. В таких пределах возможно наименьшее количество ошибок. С введения постоянной схемы прогностической сортировки количество ошибок резко уменьшилось, и в настоящее время врачи прекрасно овладели этим принципом сортировки, прочно внедрившимся в практику работы наших эвакогоспиталей.

Командование РЭП, получая ежедневные сводки о составе контингентов соответственно эвако-сортировочным группам, получило возможность точно планировать эвакуацию, тогда как получавшиеся ранее сведения о диагностическом составе раненых этой возможности не давали. Зная точно на каждые сутки количество раненых, относящихся к каждой группе, командование РЭП может легко разрешить задачу освобождения потребного количества коек, предлагая эвакуировать соответствующее количество групп, естественно, начиная с V группы, с таким расчетом, чтобы общее количество эвакуированных соответствовало необходимому количеству коек.

Эвакуационно-сортировочная группировка, кроме того, помогает осуществлять эвакуацию и комплектование военно-санитарных поездов по назначению. Так, например, для эвакуации в ближний тыл отбирается третья или вторая группа с более короткими сроками лечения, в глубокий тыл эвакуируются пятая и четвертая группы. Этой же сортировкой пользовались и для ретроградной эвакуации на запад, отбирая с этой целью первую и вторую группы с короткими сроками лечения и обеспеченным возвратом в часть.

Такая ориентированность в состоянии контингентов эвакогоспиталей чрезвычайно облегчает обоснованное и плановое проведение эвакуационного маневра.

Кроме того, это дает еще одно весьма важное преимущество: мы получаем возможность довольно обоснованно и точно планировать выписку в часть по крайней мере на 3 ближайших месяца: общее число раненых первой и второй группы составляет число раненых, подлежащих выписке в часть в течение ближайших 3 месяцев. Наличие эвакуационно-сортировочных групп побуждает начальников отделений и ординаторов следить за выполнением плана по выписке в часть, а начальников эвакогоспиталей — требовать своевременного его осуществления.

Мы отнюдь не настаиваем на указанных нами сроках лечения при распределении на группы. Возможно, что в целях большей гибкости эвакуационного маневра и пригодности метода для всех районов и этапов следует увеличить количество групп, сократив размеры интервалов.

Очень полезно было бы ввести единую общеармейскую систему эвакуационно-сортировочной группировки. Такая система облегчила бы выполнение указаний генерал-полковника Е. И. Смирнова о планомерной и целесообразной эвакуации раненых по назначению и дала бы календарный перспективный план выписки в часть.

★

Подполковник медицинской службы И. Ш. БЛЮМИН

ТРАНСПОРТИРОВКА РАНЕНЫХ С ПОЛЯ БОЯ В ЗИМНИХ УСЛОВИЯХ

В зимних условиях транспортировка раненых с поля боя имеет особое значение, так как движение с носилками по снегу затруднено, оставление же раненых на поле боя на более долгое время может причинить непоправимый вред. Часто пользуются лыжно-носилочными установками или лодочками-волокушами, тип которых не установлен.

Эвакуационно-транспортные средства должны отвечать следующим общим требованиям:

1) не травмировать раненого (опасность травматического шока!);

2) обеспечивая удобную перевязку тяжело раненых, одновременно выполнять в первое время после ранения роль иммобилизирующего приспособления;

3) облегчать работу санитаров-носильщиков при наименьшем составе носилочного звена;

быть пригодными для выноса раненых под огнем противника (ползком, волочением по снегу, по льду).

Принятые на снабжение в Красной Армии носилки совершенно не удовлетворяют указанным требованиям в зимних условиях при наличии снежного покрова.

В зимних условиях эвакуация лежачих раненых до поста санитарного транспорта или полкового пункта медицинской помощи должна производиться, как правило, на лыжно-носилочных установках или волокушах; начиная же с полкового пункта медицинской помощи — на носилках.

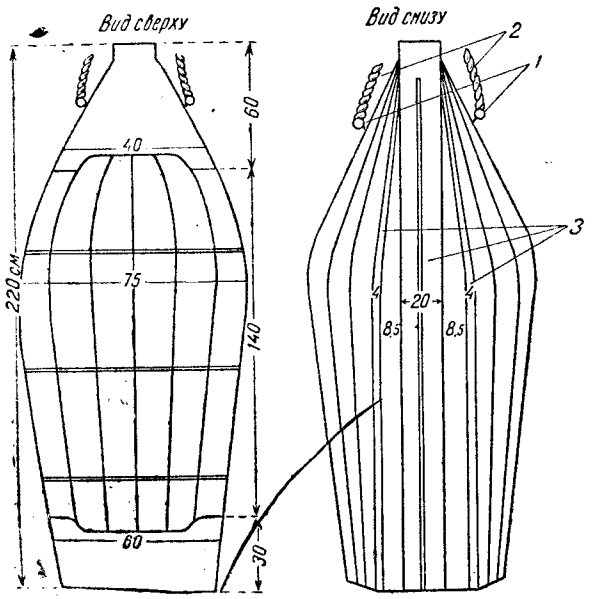


Рис. 1.

1—кольцо для лямки (тяги); *2*—лямки (тяги); *3*—скользящие рабочие поверхности лодочки

Перекладывание раненых на ПМП с волокуш на носилки вызывает ряд неудобств для раненых, поэтому лыжно-носилочным установкам следовало бы отдать предпочтение перед волокушами. Имеющиеся лыжно-носилочные установки непрочны, недостаточно устойчивы на пересеченной местности, оборудование их требует особых приспособлений, но волокуши все же являются в зимних условиях лучшим средством эвакуации раненых с поля боя до ПМП.

Чрезвычайно желательно приспособить различные типы волокуш, имеющихся в частях, что значительно облегчит достаточное снабжение ими этапов эвакуации.

Пулеметная лодочка-волокуша, принятая на снабжение в Красной Армии (рис. 1), дает возможность эвакуировать тяжело раненых в лежачем положении.

Волокуша перевозится 1—2 санитарами. Раненого укладывают головой к переднему концу волокуши; санитар, подползая к раненому, толкает волокушу перед собой задним концом вперед, чтобы не разворачивать ее при начале движения с раненым. Уложенный в лодочку-волокушу раненый не испытывает неудобств. Несмотря на кажущуюся громоздкость этой лодочки-волокуши, она легко скользит по глубокому снегу. На пересеченной местности желательна помощь второго санитара.

Лодочка-волокуша требует некоторого переоборудования для перевозки раненых с поля боя. Переоборудование это сводится к укорочению обеих поперечных верхних скрепляющих площадок:

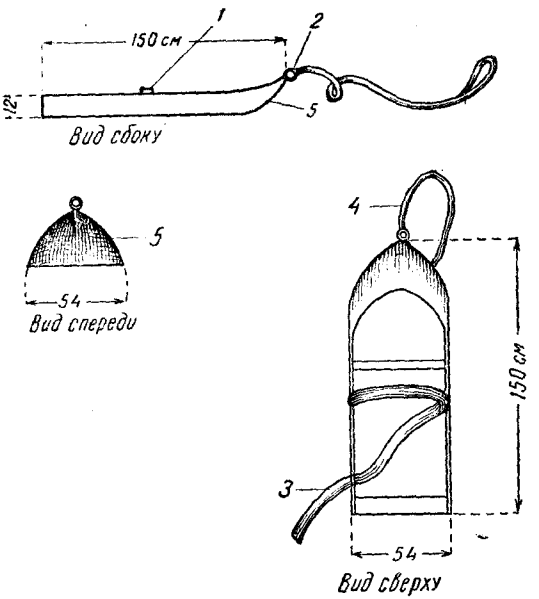


Рис. 2.

1—скобки на планке для ремня; 2—кольцо для лямки; 3—ремень для фиксации раненого; 4—лямка; 5—оцинкованное железо на скользящей поверхности

задней — на 15—20 см, а передней — на 30—35 см, что удлинит внутреннюю поверхность лодочки-волокуши на 45—55 см. Внутренняя поверхность лодочки будет равна 185—195 см, что даст возможность перевозить раненых в удобном положении.

Укладывание раненого затрудняют высокие борта.

Отвечая основным требованиям, эта лодочка-волокуша не может считаться достаточно легким и пригодным в любых зимних условиях средством эвакуации раненых с поля боя.

При сопровождении лыжных команд, выполняющих особые задания, эта лодочка-волокуша может считаться средством выбора, так как обеспечивает достаточный покой раненому, предупреждает охлаждение при длительной транспортировке (высокие борта дают возможность хорошо укутать раненого меховым или

ватным одеялом, прокладывая химические грелки между одеялом и одеждой раненого). На пересеченной местности волокуша достаточно устойчива, обеспечивает возможность эвакуации раненого с запасом горячего чая в термосах, алкоголя и т. п. (размещается в нижней части лодочки-волокуши).

Финская лодочка-волокуша, отвечая основным требованиям носилочных приспособлений, лишена недостатков описанной лодочки-волокуши, а поэтому имеет преимущество перед ней.

Волокуши (рис. 2), принятые на снабжение в Красной Армии. В случае перевозки раненых специальное оборудование с волокуш снимается.

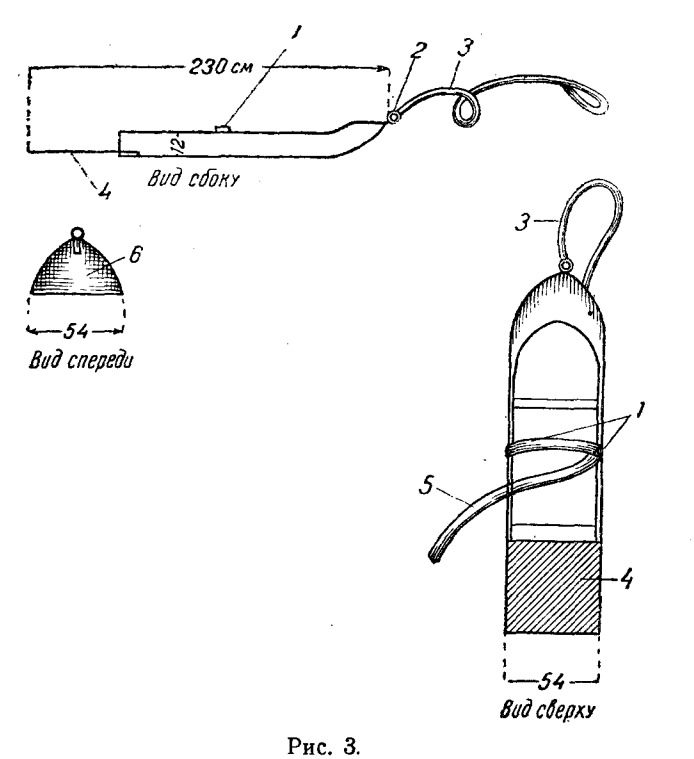


Рис. 3.

1—скобки на планке для ремня; *2*—кольцо для лямки; *3*—лямки; *4*—фанера; *5*—ремень для фиксации раненого; *6*—оцинкованное железо на скользящей поверхности

Длина этих волокуш (150 см) не обеспечивает спокойной эвакуации раненых с поля боя, кроме людей ниже среднего роста, и для целей эвакуации эту волокушу можно использовать только после удлинения нижнего щита привинчиванием фанерного щитка длиной в 80 см и толщиной в 1 см (рис. 3).

В передней части скользящей поверхности волокуш прикреплен лист оцинкованного железа, облегчающий скольжение и предохраняющий от быстрого изнашивания. Волокуша очень легка, доста-

точно устойчива и может перетаскиваться совершенно свободно одним человеком.

Волокушу подтаскивают или подталкивают к раненому задним концом, чтобы не разворачиваться при начале обратного движения. Раненого укладывают на волокушу, и в тех случаях, когда вытаскивание производится по пересеченной местности или когда раненый ведет себя беспокойно, его привязывают ремнем. Ремень высвобождают заранее, до укладки раненого, а затем под-

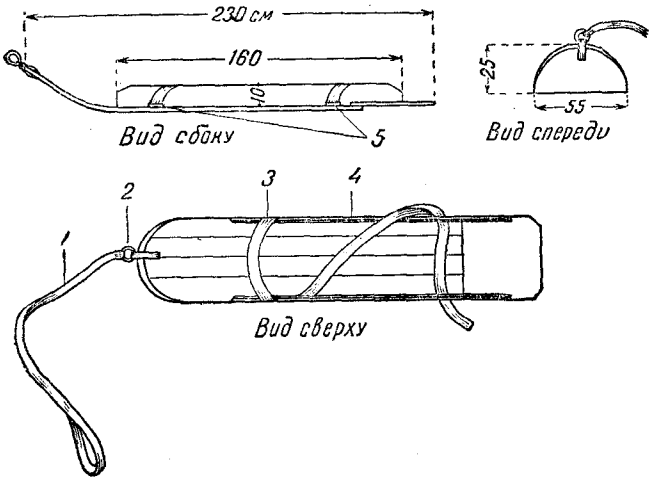


Рис. 4.

1 — лямка; *2* — кольцо для лямки; *3* — ремень для фиксации раненого; *4* — продольная планка; *5* — прорези в продольной планке для ремня

тягивают. Это в значительной степени облегчает привязывание раненого.

В носовой части волокуш можно хранить химические грелки, сетчатые шины, не обременяя санитаров-носильщиков их хранением и переноской.

Эти волокуши отвечают требованиям, предъявляемым нами к носилочным средствам.

Волокуши (рис. 4), выпускаемые для эвакуации раненых с поля боя, удовлетворяют требованиям, отличаясь от волокуш (рис. 2) лишь отсутствием лодочкообразной выемки в носовой части.

Отрицательным моментом следует считать, что продольные боковые планки этих волокуш не доходят до носовой части и при движении, особенно по рыхлому снегу, последний набивается под раненого; кроме того, в них нет места для хранения химических грелок и запаса сетчатых шин.

Эти волокуши оказались достаточно удобными при эвакуации раненых с поля боя.

Санитарные волокуши из четырех лыж охотничьего типа, предложенные Тимофеевским, по своим каче-

ствам мало отличаются от других волокуш (рис. 5). Эти волокуши должны собираться на местах (ПМП), что не может иметь широкого применения ввиду возможного отсутствия некоторых из необ-

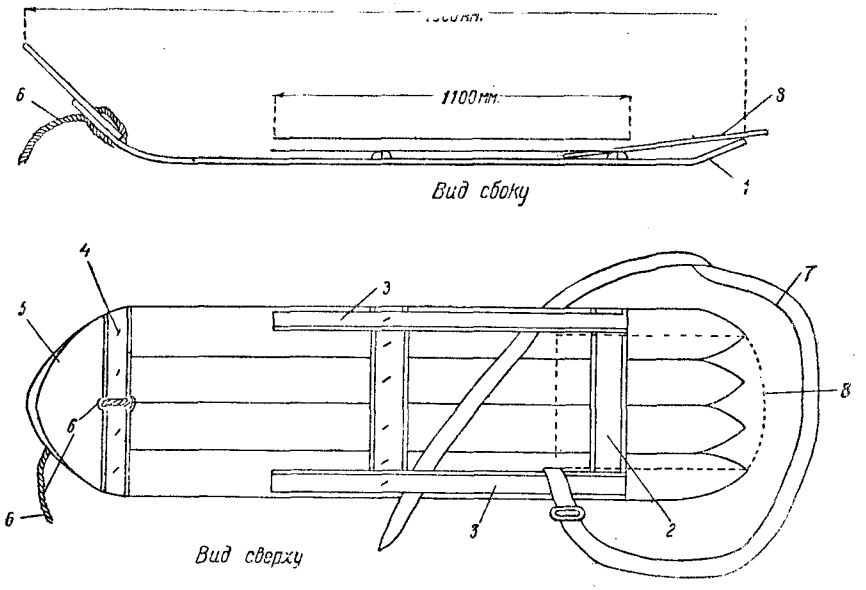


Рис. 5.

1—лыжи; *2*—поперечные планки; *3*—продольные планки; *4*—притолочная поперечная планка; *5*—фанерный щиток (нос); *6*—веревка (тяга); *7*—ремень для фиксации раненого; *8*—фанерное изголовье.

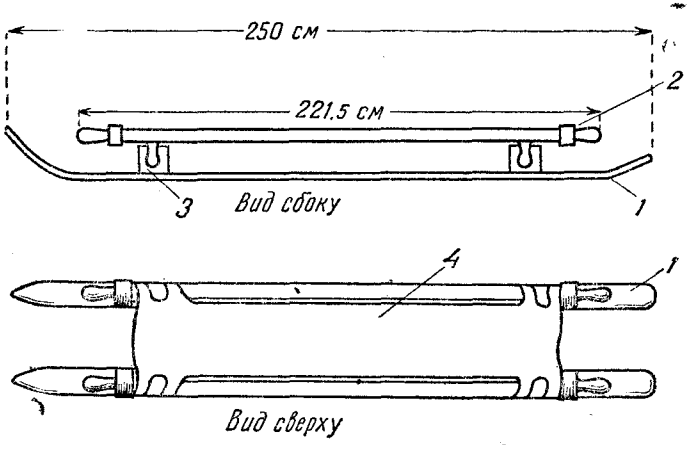


Рис. 6.

1—лыжи; *2*—носилки; *3*—колодки для ножек носилок; *4*—полотно носилок

ходимых материалов, а также опытных людей. Поперечные перекладины внутри волокуши неудобны для раненых.

Лыжно-носилочные установки (рис. 6), предложенные в нашей армии, изготовляются чрезвычайно просто и при

них перекладывание раненых устранено. Изготовить лыжно-носилочные установки можно в мастерских полка. Устойчивость хорошая; перетаскивать может один человек.

Опыт работы с этими лыжно-носилочными установками показал, что эвакуация раненых на них вполне возможна и не вызывает никаких осложнений. Проверка производилась в зимних условиях при форсировании реки с крутыми берегами.

Недостатком этих лыжно-носилочных установок является то, что они недостаточно прочны: лыжи на месте прикрепления фиксирующих муфт часто ломаются, фиксирующие муфты не всегда хорошо удерживают ножки носилок.

Мы имеем основание считать, что носилочные установки имеют ряд преимуществ. При централизованном производстве их главным образом на артиллерийских лыжах мы могли бы иметь портативные лыжно-носилочные установки, а главное, в любых условиях раненые эвакуировались бы на одних и тех же носилках — зимой носилки перевозят на лыжах, летом переносят на руках.

Выводы

1. Наиболее полно разрешают задачу эвакуации раненых с поля боя до поста санитарного транспорта или ПМП волокуши с фанерным щитком (рис. 2).

2. Для обеспечения эвакуации раненых из лыжных команд или отдельно действующих групп и подразделений лучшим средством следует считать пулеметные лодочки-волокуши.

3. Имеющиеся лыжно-носилочные установки не удовлетворяют полностью всем требованиям.

4. Для предупреждения охлаждения и отморожения по пути эвакуации с поля боя до ПСТ или ПМП каждая установка должна снабжаться теплым одеялом и химическими грелками.

★

Инженер **С. И. РЫЖКОВ**

ЗИМНИЙ САНИТАРНЫЙ ТРАНСПОРТ

В санитарной эвакуации зимой в районе войскового тыла значительное место занимает специальный зимний санитарный транспорт (лыжно-носилочные установки, волокуши и санитарные сани).

Перевозка раненых на специальном зимнем санитарном транспорте неразрывно связана с защитой их от холода, которая достигается укутыванием в одеяла и спальные мешки, а также обогреванием грелками. Этими средствами утепления и обогрева должны быть снабжены все виды санитарного транспорта.

1. Лыжно-носилочная установка НИИСИ Красной Армии образца 1941 года

Установка (рис. 1) состоит из армейских лыж, унифицированных носилок, опорной металлической рамы, дугообразной поперечины и тяговых веревок.

При сборке установки лыжи надевают отверстиями, предназначенными для носковых ремней, на лапки опорной рамы, охватывают их щечками зажимов за грузовые площадки и закрепляют винтами. Рукоятки винтов после завинчивания направляют к задним концам лыж.

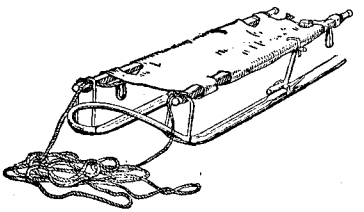


Рис. 1. Лыжно-носилочная установка на стойках

Дугообразную поперечину надевают коробочками на носы лыж и прочно закрепляют на них зажимными винтами.

На опорную раму и кронштейны дугообразной поперечины укладывают унифицированные носилки и закрепляют их крючкообразными зажимами.

Тяговые веревки после связывания ими ручек носилок с кронштейнами поперечины привязывают концами к ножкам носилок.

На некоторых установках кронштейны дугообразной поперечины заменены брезентовыми растяжками, на которые подвешивают передний конец носилок. Вес установки (в собранном виде) около 20 кг.

Перевозится установка, в зависимости от дальности расстояния, условий пути и боевой обстановки, одним или несколькими санитарами, идущими на лыжах. В большинстве случаев она перевозится двумя санитарами. Ее может перевозить упряжка из 2—4 ездовых собак.

На крутых спусках и при движении параллельно крутым склонам установку необходимо поддерживать тяговой веревкой, привязанной сзади. В этих случаях транспортируемый должен быть зафиксирован на установке носилочной лямкой.

В работе нужно охранять лыжи и установку от ударов о камни, деревья и другие препятствия.

При выборе лыж для установки нужно отдавать предпочтение лыжам больших ростовок: на них установка меньше погружается в снег.

2. Лодочка-волокуша

Лодочка-волокуша (рис. 2) представляет собой деревянное судно минимальных размеров. Киль ее обит листовым железом. У концов имеются кольца, к которым крепятся тяговые веревки. Внутри лодочки-волокуши закреплены ремни для фиксирования транспортируемого.

Лодочка-волокуша свободно проходит по глубокому снегу, в кустарнике и по заболоченной местности. Хорошая проходимость и устойчивость ее достигаются обтекаемой формой, наличием широкого киля и низким размещением груза. Ее можно применять не только зимой, но и в другие времена года: она легко скользит по траве, болоту и пашне. Как средство водной переправы лодочка-волокуша непригодна. Грузоподъемность ее незначительна: при грузе в 70—80 кг она уже тонет.

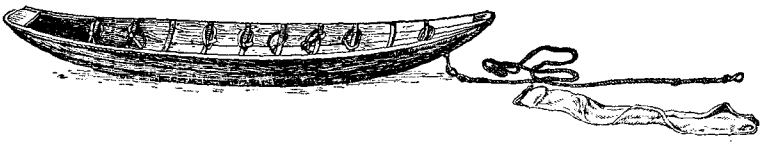


Рис. 2. Лодочка-волокуша

Недостатком ее является громоздкость, несмотря на небольшой вес Размеры ее: длина — 2 м 40 см; ширина — 61 см; высота —20 см; вес — 15—20 кг.

Перевозится лодочка-волокуша 1—2 санитарами, идущими на лыжах, или же упряжкой из 2—4 ездовых собак.

3. Импровизация лыжно-носилочных установок и волокуш

Лыжно-носилочные установки и волокуши, наряду с промышленным их изготовлением, могут быть построены силами частей из местных материалов. Правильно построенная импровизированная установка по своим эксплоатационным качествам не уступает установке заводского изготовления.

Легкость продвижения, поворотливость и устойчивость установки зависят в основном от расположения лыж и размещения на них носилок. Носилки необходимо размещать на опорной раме или стойках, укрепленных на лыжах так, чтобы последние приняли форму полоза, т. е. скользящая поверхность их расположилась в горизонтальной плоскости.

Размещение носилок на стойках, отнесенных к концам лыж, вызывает неправильное размещение нагрузки, не обеспечивающее горизонтального положения скользящей поверхности лыж. Все это приводит к тому, что установка получается тяжелой и трудно поворачиваемой.

Лыжи с нормальным изгибом носков при движении установки зарываются в снег, что затрудняет продвижение и поворот установки. Чтобы избежать этого, нужно носки лыж подтягивать кверху для придания им большего изгиба.

Тяговые веревки после прикрепления к раме установки или носковым ремням необходимо привязывать к носкам лыж. Крепление тяговых веревок только к опорной раме или носковым ремням без привязывания к носкам лыж затрудняет поворот и способствует опрокидыванию установки.

Практикой установлен наиболее рациональный клиренс (низшая точка) установки, равный 18 см. Установка с бо́льшим клиренсом менее устойчива, но более проходима; с меньшим клиренсом — более устойчива, лучше маскируема, но менее проходима: на глубоком снегу она проваливается и полотнищем носилок задевает за снег.

Установка с развалом лыж (расстановка их на ширину, бо́льшую ширины носилок) обладает хорошей устойчивостью, но требует более широкой дороги и поэтому мало пригодна в лесистой местности.

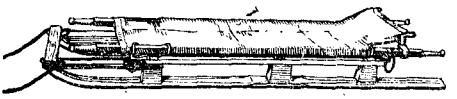


Рис. 3. Лыжно-носилочная установка— легкие сани

Развал лыж следует брать равным ширине носилок, а ширину носилок (ложа) — равной 45—50 см, когда используются неунифицированные носилки.

Носилки меньшей ширины неудобны для размещения раненого.

Носки лыж в установке нужно обязательно соединять поперечной. Последняя придает установке прочность и лучшую проходимость, препятствует застреванию в кустах и зарыванию в снег носков лыж, а также предохраняет последние от поломок.

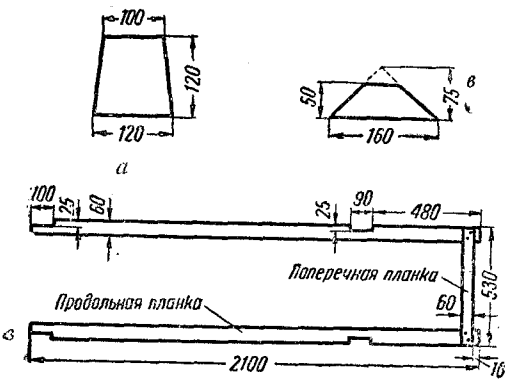


Рис. 4. Схема расположения планок рамы
а—стойка; *б*—раскос; *в*—опорная рама

Неразборная лыжно-носилочная установка с прибитыми наглухо к раме или стойкам лыжами проще разборной. Разборность же, как показала практика, за небольшим исключением, в импровизированных установках не требуется.

Лыжно-носилочная установка—легкие сани. Из доски толщиной 5 см выпиливают шесть стоек и четыре раскоса (рис. 4). Из другой доски толщиной 2,5 см выпиливают три поперечные планки и две продольные планки.

Затем берут пару лыж и на них устанавливают стойки: средние — на грузовые площадки, передние — на расстоянии 70 см и задние — на расстоянии 60 см от средних. Каждую стойку прибивают двумя гвоздями (длиной 8 см), которые забивают

со стороны скользящей поверхности лыж. Для предохранения лыж от раскалывания необходимо предварительно просверлить или прожечь отверстия соответственно диаметру гвоздей. Нужно щадить от ударов молотка или топора скользящую поверхность лыж.

Сверху стоек прибивают продольные и поперечные планки, а к ним и стойкам с внутренней стороны прибивают раскосы. Носки лыж прикрепляют к продольным планкам и передней поперечной планке проволокой или осторожно прибивают гвоздями. Веревки

Рис. 5. Плоская фанерная волокуша

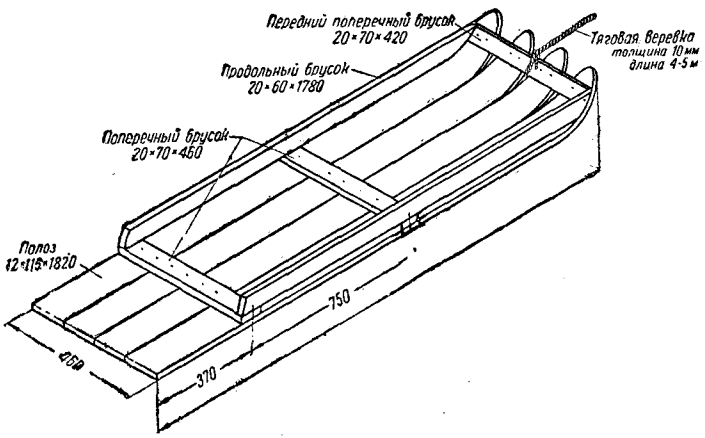


Рис. 6. Плоская волокуша из лыж

привязывают к передним стойкам и передней поперечной планке. На свободных концах веревок делают петли длиной 1 м, которые санитары надевают на плечи.

Фанерная волокуша. Волокушу (рис. 5) изготовляют из трех фанерных кусков размером 45 см×1,5 м, 45×80 см и 45×60 см, вырезанных из листа фанеры толщиной 3—4 мм, с продольным расположением волокон древесины наружного шпона; из двух продольных брусков размером 2,5 см × 5 см × 1,6 м и двух поперечных брусков размером 2,5×7×37 см.

Первый кусок фанеры служит основанием волокуши. Носовую часть основания заостряют и загибают. Такую же форму придают и остальным фанерным кускам.

К носовой части основания сверху прибивают третий кусок фанеры, усиливающий нос волокуши. Второй кусок фанеры накладывают на заднюю сторону основания так, чтобы он перекрывал его на 5 см и приходился загнутым концом назад.

Для прочности соединения сверху накладывают поперечный брусок и к нему прибивают оба куска. Затем прибивают продольные бруски и поперечный брусок. Гвозди во всех случаях забивают со стороны фанеры, а концы их загибают. Тяговые веревки закрепляют к переднему поперечному бруску. Для упрощения изготовления волокуши можно заменять накладку, усиливающую нос волокуши, косыми брусками, а заднюю часть волокуши делать без носкообразного загиба.

Аналогичную волокушу можно сделать из лыж или досок (рис.6).

4. Санитарные сани НИИСИ Красной Армии

Санитарные сани (рис. 7) состоят из обычных одноконных саней-розвальней и кузова, установленного на них.

Кузов представляет собой ящик с легким каркасом и фанерной или тесовой обшивкой следующих размеров: длина — 2 м 32 см; ширина — 1 м 24 см, высота — 1 м 36 см. Пол кузова сделан из досок толщиной 1,5 см.

Всю заднюю стенку кузова занимают двустворчатые двери, открывающиеся наружу. Спереди кузова установлены два сидения.

Кузов отапливается печкой, укрепленной к передней стенке между сидениями и заключенной в кожух из кровельного железа. Перед печкой и ее трубой в передней стенке прорезано от-

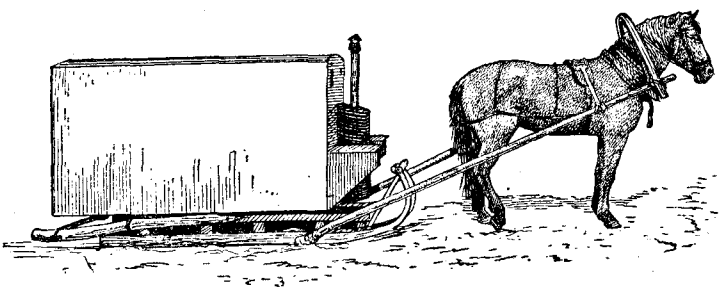


Рис. 7. Санитарные сани

верстие для доступа нагретого печкой воздуха внутрь кузова. Топочным отверстием печка выходит наружу. Запасы топлива (дрова) хранятся в ящиках под сидениями. Кузов прикреплен к саням болтами. Кресла саней опущены на грядки.

Внутреннее оборудование кузова состоит из скамеек и приспособлений для установки верхних носилок. Верхние носилки ручками переднего конца устанавливают на брус передней стенки, а заднего конца — левой ручкой на крючок, правой — на веревочную подвеску, которую можно регулировать по длине.

Запряжка санитарных саней — одноконная с дугой.

Вес кузова с санями и оглоблями — около 270 кг.

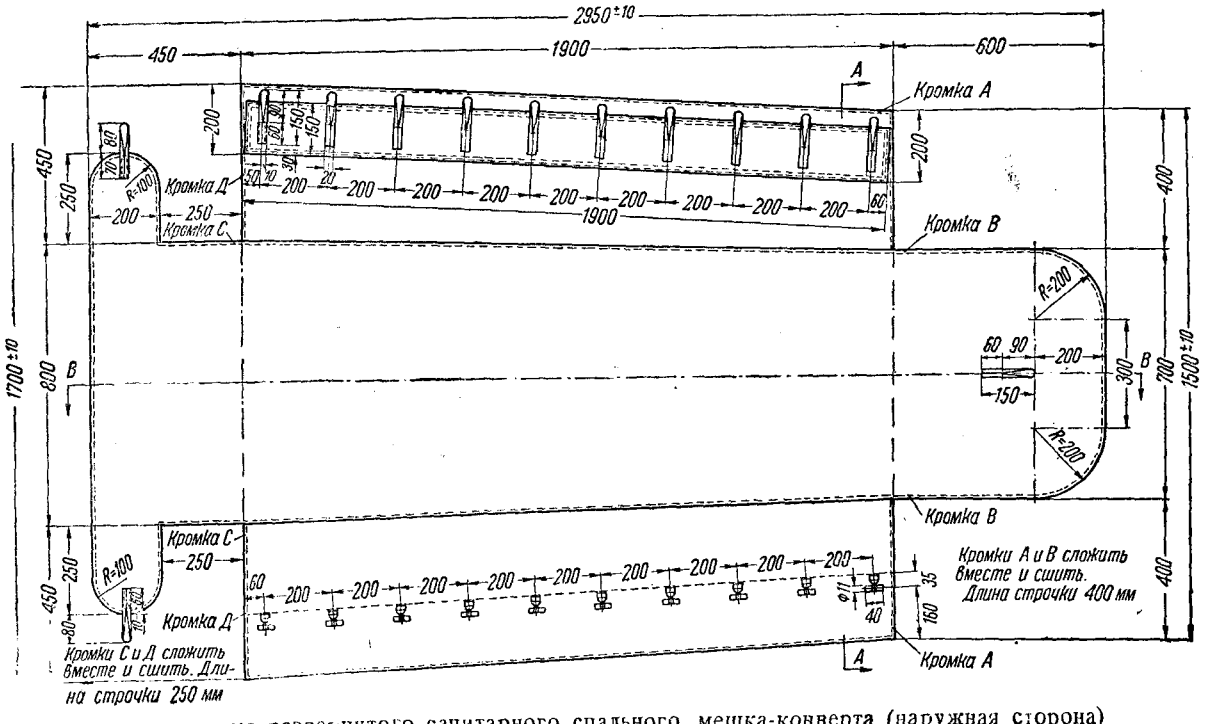


Рис. 5. Схема развернутого санитарного спального мешка-конверта (наружная сторона)

Кузов санитарных саней вмещает двух лежачих раненых на унифицированных носилках и двух сидячих на скамейках или только трех лежачих или же только четырех сидячих раненых.

В случае необходимости перевезти трех лежачих третьи носилки устанавливают на полу рядом со вторыми.

Носилочных раненых грузят ногами к печке.

При движении по крутым склонам повозочный должен следовать рядом с санями и следить за их равновесием.

Скорость передвижения саней колеблется, в зависимости от условий пути и нагрузки, в пределах 4—8 км в 1 час.

5. Санитарный спальный мешок-конверт НИИСИ Красной Армии

Санитарный спальный мешок-конверт (рис. 8) представляет собой в развернутом виде ватное одеяло с откидывающимися бортами, головным и ножным клапанами. В рабочем положении (сложенном виде) санитарный спальный мешок представляет собой конверт. На наружной стороне правой полы нашит клапан для перекрывания левой полы при укутывании раненого. Внутри мешка, в ножном конце, укреплена клеенка, предохраняющая мешок от загрязнения обувью раненого. Мешок застегивается клевантами или завязывается.

Вес санитарного спального мешка-конверта — 7—8 кг.

Порядок укутывания: раненого укладывают на развернутый мешок и накрывают сперва правой полой, а затем ножным клапаном, потом набрасывают левую полу. Ее перекрывают клапаном правой полы и застегивают клеванты. Последним приемом укутывают голову раненого.

★

ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ И САНИТАРНО-ХИМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Генерал-майор медицинской службы проф. Ф. Г. КРОТКОВ

ПРОФИЛАКТИКА АВИТАМИНОЗОВ В ВОЙСКАХ

Значение витаминов для сохранения здоровья и боеспособности войск в достаточной мере осознано не только врачами, но и командирами Красной Армии. В практической работе военного врача по осуществлению медицинского контроля за питанием войск мероприятия по предупреждению авитаминозов занимают одно из первых мест. Опыт Великой отечественной войны показал, что путем своевременного проведения необходимых и доступных военному врачу мероприятий можно эффективно бороться с авитаминозами.

Есть все основания утверждать, что в условиях современной войны сведущий врач располагает вполне реальными средствами устранить угрозу появления и развития авитаминозов в войсках даже при отсутствии витаминных препаратов. Поэтому возникновение авитаминозных заболеваний следует рассматривать как событие чрезвычайной важности.

Одной из наиболее сложных задач является предупреждение витаминной недостаточности питания войск в конце зимы и начале весны, когда нарушается снабжение армии свежими овощами. В это время года совершенно естественно вспомнить о витаминных препаратах кустарного и заводского изготовления. В остальное время профилактика авитаминоза должна базироваться: 1) на бесперебойном снабжении свежими овощами; 2) на правильном приготовлении пищи с сохранением ее витаминной активности и 3) на широком использовании дикорастущей и культурной (огородной) зелени.

Снабжение действующей армии свежими и квашеными овощами относится к компентенции специальной службы. Однако медицинские работники Красной Армии не могут и не должны уклоняться от участия в разрешении вопросов распределения, доставки и хранения овощей, а главное, замены последних крупами и вермишельно-макаронными изделиями.

При наличии овощей, содержание которых в красноармейских пайках 1-й и 2-й категории достигает 820 г в сутки, потребности бойца в главнейших витаминах покрываются со значительным избытком. Теоретический подсчет показывает, что при отпуске полного набора всех пищевых продуктов, включая и овощи, боец действующей армии получает от 3 до 4,5 мг каротина, около 4 мг витамина B_1 и от 40 до 120 мг аскорбиновой кислоты. По современным воззрениям эти количества важнейших для питания войск

витаминов являются совершенно достаточными для обеспечения полного благополучия организма даже в суровых условиях боевой обстановки.

При рассмотрении вопроса о нормах витаминов в рационе бойца на пленуме гигиенической секции Ученого медицинского совета при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной Армии было установлено, что для войсковых частей действующей армии в качестве основного уровня витамина А следует принять 3 мг каротина (5 000 ИЕ). В случаях повышенной физической нагрузки, особенно при неблагоприятных метеорологических условиях (охлаждение, нагревание), желательно повышение этой нормы до 4 мг (6 600 ИЕ). Для некоторых категорий военнослужащих, выполняющих боевые задания в условиях пониженного освещения, уровень каротина в питании должен быть поднят до 5 мг (8 300 ИЕ). Во всех случаях, когда это представляется возможным сделать, необходимо стремиться к тому, чтобы не менее трети витаминного рациона составлял собственно витамин А; остальные две трети могут быть представлены в виде каротина. Особенно важно выдержать это соотношение в тех случаях, когда к зрению военнослужащих предъявляются особенно высокие требования (экипажи ночных бомбардировщиков и истребителей, снайперы, артиллерийские наблюдатели, разведчики, расчеты зенитно-прожекторных установок и пр.).

Витамин B_1, в связи с преобладанием углеводистого питания, должен доставляться в количестве 2,5—3 мг в сутки. В условиях напряженной физической работы, а также при повышенной температуре наружного воздуха (оборонительные работы, боевая деятельность в танках и бронепоездах в жаркую погоду, работа у топок на морских кораблях) потребность в витамине B_1 возрастает и нормы его должны быть увеличены.

Суточная доза аскорбиновой кислоты для войсковых контингентов должна быть поднята до 50 мг с повышением этой нормы при напряженной физической работе до 75 мг. В условиях длительного воздействия высокой и низкой температуры, особенно при обильном потоотделении, следует доводить уровень витамина С в питании войск до 100 мг в сутки.

Сопоставление данных содержания витаминов А, B_1 и С в основных пайках действующей армии с только что разобранными нормами показывает, что потребности бойца могут быть покрыты за счет этих пайков полностью. Но это возможно только в том случае, если в результате кулинарной обработки продуктов и выпечки хлеба не происходит разрушения каротина, аскорбиновой кислоты в готовых блюдах и витамина B_1 в хлебе.

О степени потери витамина С можно судить по иследованиям НИИСИ Красной Армии и Государственной контрольной витаминной станции. Из этих исследований видно, что вследствие неумелого приготовления пищи в готовых блюдах остается не свыше 10—12 мг аскорбиновой кислоты при содержании последней в наборе сырых продуктов от 80 до 120 мг. Таким образом, потери витамина С в процессе приготовления пищи достигают почти 90%.

Опыт Великой отечественной войны показывает, что при соблюдении элементарных правил приготовления пищи из овощей содержание витамина С в готовых блюдах можно поднять до 50% витаминной активности сырых продуктов. В этом отношении весьма поучителен опыт Ленинградского фронта, где среднее содержание аскорбиновой кислоты в готовой пище удалось поднять до 65 мг (майор медицинской службы Аграновский). Отсюда очевидно, что главной задачей медицинских работников действующей армии является добиться таких условий приготовления пищи в войсках, чтобы витаминная активность готовых блюд обеспечивала покрытие суточной потребности бойцов в аскорбиновой кислоте.

Надо помнить, что витамин С не синтезируется в человеческом организме и единственным источником его поступления в клетки и ткани нашего тела являются овощи. Наблюдения последнего времени показывают, что потребность в витамине С особенно возрастает при ограничении белка в рационе. Словом, чем больше аскорбиновой кислоты содержится в пище, тем меньше потребность в белке. И, наоборот, при углеводистом по преимуществу питании уровень витамина С в питании должен быть повышен.

В настоящее время мы хорошо знаем, какие обстоятельства благоприятствуют сохранению и способствуют разрушению аскорбиновой кислоты в готовой пище. Поэтому не представляет больших трудностей добиться повышения витаминной активности блюд даже в условиях фронтовой обстановки.

Надо помнить, что главным моментом, определяющим степень сохранения витамина С в готовой пище, является длительность нагревания пищевых продуктов. Чем дольше нагревается в процессе варки пища и чем дольше она хранится до момента раздачи потребителям, тем больше аскорбиновой кислоты разрушается.

По данным проф. Б. А. Лаврова 3-часовое хранение сваренного картофеля при 60—70° ведет к потере 70—80% витамина С. Через шесть часов хранения такой картофель становится совершенно свободным от аскорбиновой кислоты.

Отсюда следует практический вывод: овощи надо закладывать в котел за 30—40 минут до полной готовности блюда и раздачу пищи производить немедленно по окончании варки. Вторичное подогревание готовой пищи, часто практикуемое в войсках, ведет к полному уничтожению аскорбиновой кислоты.

Второй важный фактор, с которым надо считаться, это окисление аскорбиновой кислоты за счет кислорода воздуха. Высокая температура резко ускоряет этот процесс. По этим соображениям овощи в процессе варки должны быть покрыты водой, которая оберегает их от воздействия кислорода. Следует также избегать частого помешивания пищи во время варки; котлы необходимо держать закрытыми.

При варке пищи овощи надо закладывать не в холодную воду, как это часто практикуется на фронте, а в горячую. Это требование обусловливается необходимостью разрушить окислительные ферменты растительных клеток и тканей. При постепенном нагревании овощей, погруженных в холодную воду, медленный переход через

термостатный интервал (между 37° и 42°) влечет за собой снижение содержания витамина С за счет усиления ферментативно-окислительных процессов.

Овощи и зелень не следует хранить в измельченном виде длительное время. В таком виде облегчается воздействие кислорода на аскорбиновую кислоту и стимулируется деятельность окислительных ферментов. Предназначенные для варки овощи должны быть быстро измельчены и немедленно погружены в кипящую воду или бульон.

Относительно быстрый переход аскорбиновой кислоты в воду при вымачивании и варке овощей требует обязательного использования воды и отвара для приготовления пищи. Чтобы показать, какое практическое значение имеет это требование, достаточно привести исследования проф. Н. С. Ярусовой, которыми установлено, что после часовой варки капусты в бульон переходит свыше 60% витамина С. В самой капусте при этом обнаруживалось не более 15—20% исходного количества аскорбиновой кислоты.

Поскольку картофель является основным поставщиком витамина С в красноармейском рационе, особенно важно сохранить его витаминную активность. Не надо забывать, что в суточном пайке картофеля (500 г) содержится от 30 до 85 мг аскорбиновой кислоты, т. е. полная человеко-доза.

Предварительное вымачивание чищеного картофеля в холодной воде в продолжение 18 часов, по данным проф. Б. А. Лаврова, не снижает его витаминной активности. Отсюда как будто следует сделать вывод о «безопасности» заблаговременной очистки картофеля и хранении его в течение ночи до момента приготовления пищи. Однако большинство авторов (Шрейбер, Крамер, Штарфингер и др.) не разделяет этого мнения и настоятельно предостерегает от выдерживания очищенного картофеля в воде. При приготовлении пищи в полевых кухнях следует категорически запретить предварительную очистку картофеля накануне дня варки и вымачивание его в воде до начала приготовления пищи.

Большое практическое значение имеет использование в войсках картофеля, сваренного в кожуре. По данным проф. Б. А. Лаврова, картофель, сваренный в «мундире», после хранения без отвара в течение 24 часов в полной мере сохранил свою витаминную активность. Из этого следует заключить, что практикуемая на фронте выдача вареного в кожуре картофеля на второй завтрак является вполне целесообразной мерой.

В зимнее время особое значение приобретает правильное использование мороженых овощей и картофеля. Если замороженный картофель погружается непосредственно в горячую воду или кипящий бульон, его витаминная активность практически почти не снижается. В случае предварительного оттаивания содержание витамина С в мороженом картофеле значительно падает. Больше того, если мороженый картофель погружают в холодную воду и затем подвергают нагреванию, количество витамина С в нем заметно уменьшается. Из этих фактов следует сделать единственно пра-

вильный вывод о необходимости закладывать мороженый картофель обязательно в кипящие воду и бульон. Этим достигается не только сбережение витамина С, но и сохранение вкусовых качеств такого ценного продукта питания, каким является картофель. Для облегчения очистки мороженый картофель рекомендуется погрузить на короткое время в горячую воду для размягчения верхнего слоя, непосредственно прилегающего к кожуре. Обработанный таким образом картофель может быть очищен с помощью простой картофелечистки, описанной в циркуляре начальника ГУПС Красной Армии № 31 от 4.XII.1942.

Вторым по важности носителем витамина С в пайке красноармейца является капуста. В 170 г свежей капусты, предусмотренной нормами приказа НКО № 312, содержится от 42 до 112 мг аскорбиновой кислоты. Витаминная активность правильно засоленной и хорошо сохраняемой квашеной капусты колеблется от 29 до 51 мг в 170 г продукта. Из простого подсчета видно, что суточная норма картофеля и капусты в рационах 1-й и 2-й категории обеспечивает бойцу от 60 до 200 мг аскорбиновой кислоты, т. е. полностью покрывает потребность взрослого человека в витамине С. Сказанное относится к сырым продуктам, которые в зависимости от условий кулинарной обработки в большей или меньшей степени теряют свою витаминную активность. Отсюда со всей очевидностью вытекает необходимость взять под строгое медицинское наблюдение кулинарную обработку овощей и научить поваров правилам сохранения витамина С в готовой пище.

В отношении кислой капусты, являющейся особенно ценным продуктом питания в зимние месяцы, необходимо стремиться прежде всего к устранению воздействия кислорода воздуха. С этой целью капусту следует заквашивать в плотной посуде и хранить под слоем рассола. Открытую бочку с капустой необходимо как можно скорее использовать по назначению (избегая длительного хранения продукта на воздухе). Надо иметь в виду, что капуста, вынутая из рассола, через 6 часов хранения теряет около 50% аскорбиновой кислоты, а за сутки потеря достигает 75%.

Замороженная капуста должна быть использована в пищу без предварительного оттаивания. Длительная варка свежей а квашеной капусты недопустима. Опыт показывает, что квашеная капуста в результате 20-минутного кипячения теряет около 50% содержащегося в ней витамина С.

На содержание аскорбиновой кислоты в готовых блюдах существенное влияние оказывает и качество посуды. Варка пищи в железных и медных (нелуженых) котлах ведет к резкому снижению витамина С. По данным проф. Калмыкова, после часовой варки картофеля в алюминиевой и чугунной посуде средние потери аскорбиновой кислоты в первом случае равнялись 18%, а во втором случае — 53%. Полуторачасовая варка свежей капусты дала следующие потери витамина С: 33% — для алюминиевой посуды и 49% — для чугунной.

То же самое следует сказать и о хранении готовой пищи. Вареная капуста, хранившаяся в алюминиевой посуде, через три часа

потеряла 25% аскорбиновой кислоты; в чугунной посуде за то же время утратилось 60% витамина С. Из сказанного следует, что чугунные, не покрытые эмалью котлы оказывают значительное отрицательное влияние на витаминность блюд из свежих овощей.

В условиях фронтовой обстановки не всегда возможно заменить чугунные котлы другой посудой, поэтому потери витамина С в таких случаях следует рассматривать как неизбежное зло. Но эти потери необходимо учитывать с целью внесения соответствующих поправок в снабжение войск витамином С.

В тех случаях, когда по тем или иным причинам доставка овощей на фронт затрудняется, необходимо витаминизировать питание войск путем использования имеющихся запасов свежих и квашеных овощей в сыром виде. Наиболее целесообразно, конечно, готовить из таких овощей винегреты и салаты, если позволяет обстановка.

Весьма эффективным средством профилактики С-авитаминоза являются проросшие зерна злаков и плоды бобовых. Опыт Ленинградского фронта показал полную возможность осуществить эту меру предупреждения и лечения цынги в условиях Великой отечественной войны.

Горох и другие бобовые надо проращивать до того момента, когда корневые ростки достигнут 2 см длины. С этой целью горох предварительно замачивают в течение 24 часов до полного набухания, после чего его перекладывают в плетеную корзину и подвешивают в теплом месте. В течение суток проращиваемый горох должен несколько раз увлажняться поливкой. При отсутствии корзин можно использовать дырчатые ящики, заполненные сырым песком. Последний должен все время поддерживаться в увлажненном состоянии.

Проросшие бобовые могут употребляться в пищу в натуральном виде или приготовленными в виде салата. Можно из этого продукта приготовить пюре, пропустив его через мясорубку, или сварить кашу с небольшим количеством воды. Суточная профилактическая доза проросшего гороха равняется 150 г на 1 человека.

Для проращивания ржи зерно насыпают в посуду и увлажняют, подливая несколько раз в сутки воду. На 4—5-е сутки проросшее зерно может быть использовано для предупреждения и лечения С-авитаминоза. Его целесообразно пропустить через мясорубку или порубить ножом, сечкой, лопатой и т. д. Суточная доза проросшей ржи равняется 200 г на 1 человека. Выдавать также следует в виде салата, пюре или каши.

По наблюдениям В. Шрейбера прорастание глазков картофеля весной способствует восстановлению его витаминной активности. На этом основании автор рекомендует пролежавший до весны и утративший значительную часть аскорбиновой кислоты картофель проращивать в течение 3 дней при температуре 15°. Таким простым способом можно восстановить С-витаминную активность картофеля.

В южных районах страны ранней весной можно для целей профилактики использовать молодые ростки сахарной свеклы. При

прореживании посевов может быть снято огромное количество ростков, не уступающих по содержанию витаминов и вкусовым качествам даже шпинату.

При отсутствии возможности повысить содержание витамина С в пище за счет пищевых ресурсов необходимо обратиться к использованию дикорастущих. Мы располагаем в настоящее время тщательно разработанной методикой приготовления витаминных настоев и концентратов из хвои, листьев березы, липы, люцерны и клевера. Опыт Великой отечественной войны говорит, что витаминные настои во всех случаях следует сгущать посредством упаривания до сиропообразного состояния. Полученный таким образом С-витаминный концентрат обладает неизмеримо более высокой активностью (до 1 800 мг%) и может сохраняться несколько месяцев без значительной потери аскорбиновой кислоты.

Высокая витаминная активность концентратов и их длительная сохраняемость позволяют заготовить эти препараты заблаговременно и хранить их до того времени, когда в них появится надобность. В зимние месяцы надо находить необходимое время для заготовки впрок витаминных концентратов с тем, чтобы в конце зимы обеспечить витаминизацию питания войск в случае затруднений с доставкой овощей. Способы приготовления витаминных концентратов изложены в Инструкции Главного военно-санитарного управления Красной Армии по приготовлению настоев и концентратов витамина С.

Опыт Великой отечественной войны показал, что горький вкус настоев из хвои не является серьезным препятствием к широкому использованию этого доступного средства профилактики в войсках. Полная безвредность горьких компонентов хвойного настоя в настоящее время не вызывает сомнений. Для устранения и маскировки горечи можно рекомендовать добавление к настою из хвои капустного рассола, хлебного кваса, клюквенного сока, сахарина, свекольного отвара и пр. Улучшение вкуса может быть достигнуто и подкислением настоя или концентрата любой органической или соляной кислотой. Эта мера не только улучшает вкус настоя, но и повышает его сохраняемость.

На крайних северных участках фронта, богатых запасами ягеля (олений мох), может быть целесообразно использован и этот продукт, содержащий от 10 до 20 мг% аскорбиновой кислоты. Некоторые виды лишайников обладают более высокой С-витаминной активностью (до 40 мг% аскорбиновой кислоты). Измельченный, сырой или вареный ягель может быть рекомендован в качестве добавки к готовым блюдам в количестве 50—100 г. Добавление ягеля в некоторых случаях даже повышает вкусовые качества блюда. Опыт приготовления из ягеля водных настоев оказался мало удачным.

При полном отсутствии овощей и невозможности использовать витаминоносители из группы дикорастущих войска снабжают витаминными препаратами промышленного изготовления. Для профилактических и лечебных целей в Красной Армии применяются следующие препараты производства Союзвитаминпрома: 1) таблетки

из чистой аскорбиновой кислоты с сахаром (витаминная активность — 50 мг); 2) таблетки из шиповника, содержащие по 15—20 мг аскорбиновой кислоты; 3) драже из чистой аскорбиновой кислоты (витаминная активность — 50 мг); 4) кристаллическая аскорбиновая кислота (50—100 тыс. человеко-доз в 1 кг)[1]; 5) порошок шиповника (750—1500 человеко-доз в 1 кг) и 6) сироп из шиповника с добавлением сока черной смородины или рябины (200—250 человеко-доз в 1 л).

Помимо указанных препаратов, Союзвитаминпром приступил к выпуску поливитаминных драже с содержанием 50 мл аскорбиновой кислоты и 2,5 мг витамина B_1.

Хорошо зарекомендовала себя пробная партия таблеток из шиповника с добавлением чистой аскорбиновой кислоты (витаминная активность 50 мг).

Майор медицинской службы **А. Д. АСТАФЬЕВ**

О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ ОТМОРОЖЕНИЙ НОГ

Наиболее частыми и тяжелыми по течению поражениями от холода являются отморожения нижних конечностей.

На основании госпитальной статистики многие клиницисты считают, что отморожения ног в военное время составляют 96—97% всех поражений от холода. Причиной отморожений ног чаще всего является промокание обуви от соприкосновения с тающим снегом, сырой и влажной почвой, а также увлажнение ног во время переправ через реки, болота и озера, если обувь не высушивается или не сменяется тотчас же после промокания.

При наступлении холодного времени, в связи с опасностью появления отморожений, профилактическим мероприятиям по предупреждению поражений ног следует уделять должное внимание. Сырая погода исключает возможность носки в переходное время валенок и поэтому для защиты ног в этот период применяют кожаную обувь и портянки. Вследствие увлажнения кожаной обуви и портянок теплопроводность их возрастает. Сочетание этого фактора с увеличением перепада между температурой поверхности кожи и температурой почвы ведет к значительному повышению теплоотдачи с поверхности ног, в результате чего возникает разное местное охлаждение тканей. В целях предупреждения этого охлаждения показано применение добавочной теплоизолирующей прослойки, которая способствовала бы уменьшению теплопотери.

В НИИСИ Красной Армии совместно с Институтом коммунальной гигиены и при участии сотрудников ортопедического отделения Протезного института разработаны такие утеплители для кожаной

[1] Союзвитаминпром принимает за человеко-дозу 20 мг аскорбиновой кислоты.

обуви: вкладные стельки, суконные носки и специальные накладки для наружного утепления обуви.

Вкладные стельки можно изготовлять из двух слоев сукна от старых шинелей, непригодных к употреблению. Выкроенные соответственно размеру обуви оба слоя сукна должны быть прошиты по длине стельки (рис. 1). Такая стелька значительно мягче по сравнению с принятой на снабжение стелькой из войлока на картонной подкладке.

Мягкая суконная стелька не ломается при ходьбе, как это иногда бывает с жесткой стелькой, когда промокший картон теряет свою стойкость. Из промокшей суконной стельки воду легко удалить

Рис. 1

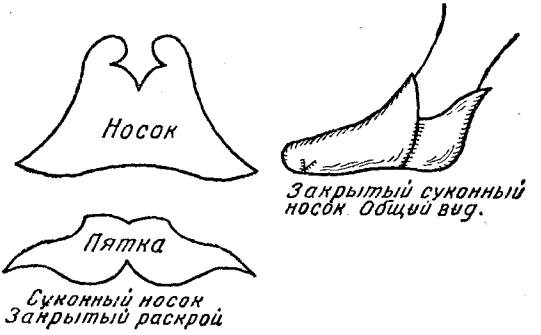


Рис. 2

простым выжиманием. При длительной носке и загрязнении мягкую стельку можно выстирать, а грязь с нее удалить с помощью щетки. Увеличивая теплоизолирующую способность подошвы, суконная стелька, благодаря своей высокой гигроскопичности, впитывает влагу с поверхности кожи стопы и подошвы, почему обувь становится менее влажной.

Суконные носки (рис. 2), изготовляемые из тех же материалов, как и стельки, выкраивают из двух отдельных частей, которые затем сшивают вместе. Швы на готовом носке можно для прочности обшить тесьмой; при применении же достаточно прочных ниток можно обойтись и без этого.

Суконный носок при изготовлении можно пригонять на голую ногу или на ногу, обернутую одной хлопчатобумажной портянкой. Поверх носка, если позволяет размер обуви, лучше навертывать вторую портянку для защиты его от изнашивания. Слабое раздражение кожи, которое можно ожидать при ношении суконного носка на голую ногу, не является противопоказанием, так как оно может оказать полезное действие, вызывая усиленный прилив крови к коже. Суконные носки могут быть изготовлены не только из серошинельного сукна, но и из различных шерстяных отходов промышленности и лоскута.

Для изготовления суконных носков требуется значительно меньшее количество материала, чем для портянок: из 4 пар суконных портянок размером 35 × 70 см можно получить 9 пар носков.

преимуществом суконных носков перед портянками является возможность их применения при таких размерах обуви, когда суконные портянки делают обувь тесной и непригодной для носки. Суконные носки можно делать более открытого типа (рис. 3).

Для защиты от холода только пальцев ног можно из тех же материалов изготовить вместо суконного носка колпачки, которые

Рис. 3

Рис. 4

будут закрывать только пальцы (рис. 4). Выкраиваются они аналогично передней части суконного носка.

Для уменьшения отдачи тепла с наружной поверхности кожаной обуви можно применять специальные покрышки, изготовляемые наподобие суконного ботинка. Для большей сохранности покрышек лучше их делать без каблука. Подошву у них можно делать из двух слоев сукна и одного слоя (наружного) ткани плащ-палатки. Верхняя часть накладки, состоящая из одного слоя сукна, по форме напоминает союзку. Накладка держится на кожаной обуви двумя тесемками: одной, проходящей через пятку, во избежание соскальзывания вперед, и второй, прижимающей накладку к подошве, для предупреждения проникновения снега. Она надевается при низких температурах, а также употребляется при малоподвижной службе или на привалах.

Накладки могут быть использованы лыжниками, кавалеристами и в других родах войск.

Все утеплители были испытаны в различных условиях: в лабораторных условиях, в холодильной камере, в опытной носке отдельными лицами и целыми подразделениями и везде оказывались достаточно эффективными.

Ю. В. Вадковская, проводя исследования утеплителей зимой 1941/42 г. при наружных температурах от —10° до —27°, когда действие утеплителей при кожаной обуви сопоставлялось с действием валенок, получила при двухчасовой экспозиции на морозе

следующий график охлаждения ног (средние данные дений):

	1-е измерение	2-е измерение	3-е измерение	4-е измерение	5-е измерение	6-е измерение
Валенки	26,0	22,6	20,4	16,7	13,7	12,4
Сапоги с утеплителями	24,8	21,1	18,4	16,3	12,8	13,0

На основании этих материалов, а также целого ряда других исследований, когда подопытные лица либо надевали на обе ноги одинаковую обувь, либо различную на правую и левую ногу, можно считать установленным, что утеплители значительно повышают тепловые свойства кожаной обуви, лишь немного уступая в этом отношении валенкам.

Предлагая для защиты ног бойцов различные утеплители из серошинельного сукна, отслужившего свой срок, следует указать, что техника их изготовления несложна, не требует специальных приспособлений и осуществима при любых условиях.

★

Полковник медицинской службы К. Д. ТИМАНЬКОВ

ОЧЕРЕДНЫЕ ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОГО СНАБЖЕНИЯ КРАСНОЙ АРМИИ

Лечебно-эвакуационное обслуживание наступательных действий войск — дело весьма сложное. Наступление Красной Армии идет по разрушенной противником территории, где отсутствует жилой фонд и нет железнодорожных и автомобильных путей, что значительно затрудняет эвакуацию раненых и снабжение войск.

Военная медицина развила и утвердила ряд принципов, полное осуществление которых обеспечивает успешность лечебно-эвакуационного обслуживания войск Красной Армии.

Эти достижения в значительной степени зависят от материального оснащения всеми необходимыми видами медицинского имущества, которое санитарная служба Красной Армии во все время войны получает в нужном количестве в основном от нашей промышленности.

Сейчас мы имеем достаточную базу по производству медикаментов, хирургического инструментария, перевязочных средств и санитарно-хозяйственного имущества.

«Тыл обязан снабжать фронт четко и бесперебойно в любых условиях и при любой обстановке, работая с удвоенными силами и энергией»,—говорит маршал Советского Союза И. В. Сталин. Это должны твердо помнить все работники медицинского снабжения, так как от их работы, инициативы и находчивости зависят жизни сотен тысяч раненых защитников нашей родины.

Для выполнения этой задачи необходимо все время быть в курсе обеспеченности соединений, частей и лечебных учреждений медицинским имуществом. Оперативные донесения о наличии имущества должны быть в центре внимания для принятия срочных мер к пополнению без особых требований.

Товарищ Сталин требует «быстрее подтягивать тылы». Работники медицинского снабжения совместно с начальниками санитарных служб обязаны, исходя из оперативной обстановки, выдвигать вперед наши базы медицинского снабжения, лучше и оперативнее маневрировать подвижными отделениями санитарных складов и проводить снабжение от себя.

Без рационального использования транспорта нельзя выполнить поставленные задачи. В этом отношении работники медицинского снабжения находятся в достаточно выгодном положении. Мы имеем значительное количество постоянных и временных санитарных поездов, санитарные автороты, санитарные самолеты и автотранспорт.

У начальников санитарной службы и работников медицинского снабжения должен быть установлен железный закон: все виды санитарного транспорта, идущие вперед к войскам, должны везти прежде всего медицинское имущество. Этим обеспечивается сохранность его и быстрота доставки. В местах разгрузки от раненых военно-санитарных поездов, автосанрот и т. д. должны находиться базы медицинского снабжения — склады ФЭП, МЭП, ГОПЭП или филиалы складов армии, фронта.

Умением четко обслуживать маневренные операции частей определяется сейчас ценность того или иного хозяйственника, соответствие его занимаемому посту. Такого умения у нас еще недостаточно. В этом отношении наши начальники медицинского снабжения не всегда стоят на должной высоте.

Так, т. Ворович, имея на своем фронтовом складе несколько тысяч одеял, с августа не принял должных мер к доставке их армиям и этим ухудшил условия эвакуации раненых. У т. Варшавского на складе лежат в достаточном количестве поильники, резиновые грелки, а в лечебных учреждениях в этих предметах ощущается нужда. Такие факты не единичны.

Генерал-полковник медицинской службы Е. И. Смирнов в письме к т. Устинову говорит: «Я считаю необходимым иметь запасы на фронтовых и армейских складах; больше того, я требую, чтобы такие резервы создавались. Но создавать складские запасы можно и нужно при обеспеченности нужным медицинским имуществом частей и учреждений».

На практике мы не проявляем должной маневренности нашим медицинским имуществом. Некоторые товарищи под маневром понимают простую передислокацию наших учреждений, в том числе и санитарных складов. В упомянутом письме сказано о маневре: «Это проведение всесторонних мер, обеспечивающих целесообразное и полноценное использование всех имеющихся средств в данной конкретной обстановке». Между тем, например, у т. Семеки в одном хозяйстве лежит двухмесячный запас мыла, а рядом в другом хозяйстве мыла нет вовсе и нет достаточной инициативы и гибкости, чтобы сделать перераспределение до подхода мыла с фронта и из центра.

В понятие маневра медицинским имуществом входит уменье рационально заменять отсутствующие предметы другими соответствующими по своему действию, например: нет порошка от кашля, но может быть кодеин с содой, нет аспирина, но его можно заменять салициловым натрием и т. п. Отсутствуют ампульные препараты — надо организовать на месте приготовление необходимых растворов в меру потребности.

Многие наши работники медицинского снабжения, например, начальник снабжения N-ской армии, т. Литвин и другие, стали значительно лучше планировать снабжение наступающих войск. Но наряду с этим еще имеется ряд пробелов в планировании снабжения операций. Например, у тт. Ворович, Ниворожкина Мартиросяна отсутствует ориентация в оперативной обстановке

и они не обеспечивают выполнения лечебно-эвакуационного плана, не находятся повседневно в курсе развития операции. Начальники санитарных служб тт. Семека, Песис не уделяют достаточного внимания вопросам медицинского снабжения.

Наша страна для своей армии не жалеет ничего. Санитарная служба имеет все необходимое для оказания высококвалифицированной врачебной помощи раненым и быстрого возвращения их в строй по выздоровлении. Необходимо бережное отношение к особо ценному в условиях войны медицинскому имуществу и медицинские работники добились определенных успехов в экономии перевязочных материалов; по отдельным фронтам и армиям она достигает 30—50% общего расхода перевязочного материала. Мы имеем также, например, хорошие результаты в экономии сульфидина и стрептоцида в связи с переходом на эмульсии и водные растворы их и т. д. Но наряду с такими положительными имеются и отрицательные моменты—расходование имущества не по назначению.

Приказ НКО ясно требует всемерного сбережения военного имущества. Однако некоторые товарищи легко относятся к имеющимся фактам нарушения этого приказа. Мы должны воспитать в себе и в наших подчиненных чувство безусловной непримиримости со всякими злоупотреблениями и сурово наказывать расхитителей военного имущества и их покровителей. Это даст нам возможность еще лучше обслуживать наших раненых.

Работники медицинского снабжения тыловых частей и учреждений обогатились значительным опытом и во многих случаях проявляют прекрасную инициативу.

В хозяйстве т. Шамашкина хорошо организован ремонт санитарной техники, выпуск новых банно-дезинфекционных установок, ампулирование стрептоцида, сульфидина. У т. Завалишина широко поставлено производство носилок, шин Крамера, гипса и т. д. Таких примеров много. Удачная инициатива способствует улучшению обслуживания раненых, экономит железнодорожный и автомобильный транспорт.

Вместе с тем некоторые работники, как, например, тт. Ворович, Недорубов, живут иждивенческими настроениями и не желают заниматься местными заготовками. В Харькове имеется гипсовый завод. Однако вместо принятия срочных мер к его пуску и быстрому наращиванию его производственных мощностей эти работники требуют подачи гипса из Москвы.

Работники медицинского снабжения должны твердо помнить, что у нас имеется полная возможность отлично выполнять приказ товарища Сталина о четком и бесперебойном снабжении фронта. Они должны свято следовать этому приказу.

★

РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ГИПСОВЫХ ЛОНГЕТ

Нами разработан способ изготовления гипсовых лонгет, при котором марли расходуется вчетверо меньше, а гипса по 30 г на 1 см² лонгеты. Наши лонгеты вполне удовлетворяют требованиям, предъявляемым к гипсовым лонгетам

Техника изготовления следующая.

На гипсовальную доску шириной в 25 см и длиной в 130 см с бортиками по краям (рис. 1) накладывают марлю такой же ширины, но в два раза длиннее желательной лонгеты. Доске придают наклон до 20°, ставя верхний конец ее на деревянный брусок или даже прибив его к доске, чтобы через отверстие в нижнем бортике стекала излишняя вода. Отступя на 10 см от

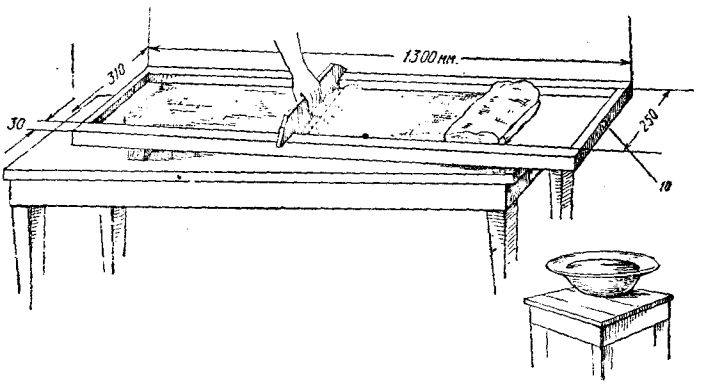


Рис. 1. Гипсовальная доска

верхнего бортика и на 4 см от боковых бортов, в доску вбивают два гвоздя; головки гвоздей перекусывают и заостряют концы. На полученные таким образом шпили нацепляют верхний конец марлевой полосы для того, чтобы она прочно удерживалась во время распределения гипсового порошка до требуемой длины (например, до 60 см). Остальную часть марли складывают у этой метки в виде гармошки. На верхний край марли насыпают гипс в количестве, необходимом для равномерного распределения его по всей марле слоем до 4 мм. Равномерное распределение гипса достигается при помощи небольшой фанерной распределительной планки (рис. 2, *1*), скользящей по бортам и не достигающей поверхности доски на 4 мм. Вначале следует вести распределительную планку сверху вниз, затем можно спокойно вести ее снизу вверх, удаляя остаток гипса кверху — марля при этом не сдвигается. Остаток гипса убирают при помощи другой планки *(2)*, достигающей дна доски. Можно пользоваться обыкновенной доской без бортиков, применяя особую планку с вырезом на нижнем крае, соответствующем ширине лонгеты *(3)*. Распределив равномерно гипс, поверх него аккуратно накладывают свободный конец марли, расправляя ее и накалывая на шпили. Приготовленную таким образом гипсовую лонгету смачивают водой, равномерно орошая ее из лейки, и легким поглаживанием ладонями прессуют до получения однородной массы. Затем нижнюю часть лонгеты приподнимают и снимают верхнюю часть со шпилей. Лонгета готова для наложения на конечность. Нижнюю часть лонгеты накладывают дистально, чтобы у пальцев стопы или кисти приходился тот конец лонгеты, в котором гипс окружен снизу марлей; подрезания свободного конца

лонгеты следует избегать, а выступающие части лонгеты загибать для большей прочности лонгеты. На изготовление лонгеты требуется от 2 до 3 минут вместо обычно затрачиваемых на это 10—15 минут, за 1 час можно приготовить в среднем 25 лонгет.

Экономия марли, скорость и простота изготовления лонгет по нашему способу делают целесообразным широкое применение их не только в эвакогоспиталях, но и на передовых этапах хирургической работы (ППГ, МСБ, ГОПЭП и др.), где после обработки ран конечности обычно накладываются сетчатые или крамеровские шины, редко удовлетворяющие как раненого, так и хирурга в отношении прочности фиксации отломков костей во время транспортировки. Гипсовая лонгета создает необходимую иммобилизацию конечности, причем

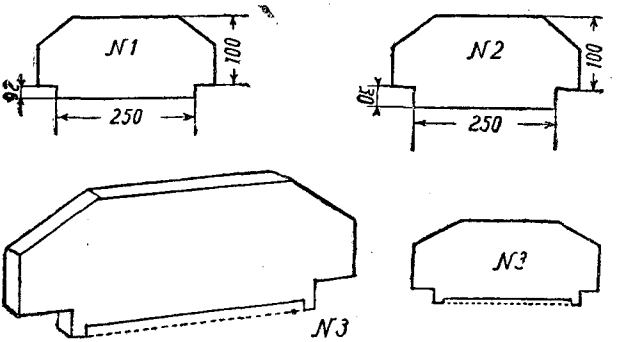


Рис. 2. Распределительные планки

нет надобности в подкладочном материале (вата, лигнин), большим количеством которого укутывают шины перед наложением на конечность во избежание давления на нее.

Мы не считаем, что обычно употребляемая восьмислойная лонгета хуже предлагаемой нами, хотя нашу лонгету легче моделировать, особенно в местах изгибов (пятка, локоть и пр.), причем не образуется складок, а получается монолитный угол, не изменяющийся от восьмислойной лонгеты. Возможно, что в некоторых случаях отказаться от восьмислойной лонгеты нельзя, но в огромном большинстве случаев гипсовые лонгеты, изготовленные по нашему способу, вполне применимы как при транспортной иммобилизации, так и при дальнейшем лечении раненых.

Майор медицинской службы кандидат медицинских наук *Л. Л. Дорфман*

★

СТУЛ-НОСИЛКИ ДЛЯ ВЫНОСА РАНЕНЫХ ИЗ ТРАНШЕЙ И ДЛЯ ВНУТРИГОСПИТАЛЬНЫХ ПЕРЕНОСОК

Вынос раненых при боях в траншеях представляет значительные трудности. В узких траншеях и ходах сообщения обычные средства, стандартные носилки, не могут быть использованы. Санинструкторы, имеющие наибольший боевой стаж, указывают, что лучшими из способов являются: вынос по дну траншеи волоком на плащ-палатках, оттаскивание на руках или на спине или в плащ-палатках на жердях.

Все эти приемы несовершенны. В дождливую погоду и в болотистой местности вынос волоком угрожает загрязнением раны и создаются предпосылки для возникновения газовой инфекции. Несомненно, что вынос раненых был бы облегчен, если приспособить род носилок, небольших по габариту и весу, проносимых по траншеям.

В основу конструкции подобных носилок положены следующие условия: 1) носилки должны иметь в ширину не более 50 см (поскольку максимальная

ширина траншей — 80 см), 2) носилки должны проходить через углы, т. е. быть незначительной длины, 3) носилки должны допускать переноску раненого одним носильщиком, 4) носилки должны изготовляться из того же материала, что и стандартные носилки, чтобы можно было изготовлять их из негодных к употреблению обычных носилок.

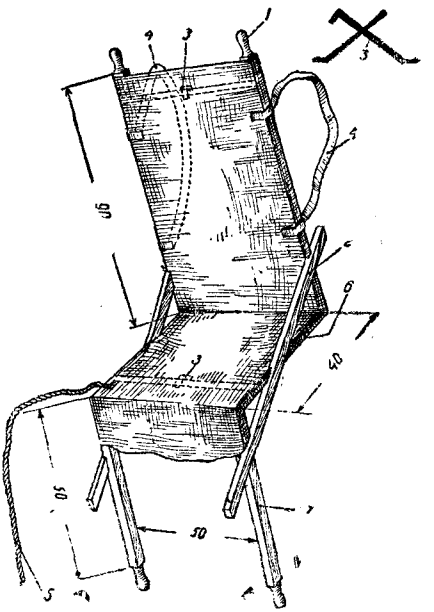
Образец стула-носилок для выноса раненых из траншей предлагаемой конструкции был изготовлен в одном из наших ХППГ. Носилки имеют вид стула, состоящего из деревянного каркаса, обтянутого носилочным полотном (см. рисунок).

Раненый находится на носилках в сидячем положении, но носильщики могут нести стул и в горизонтальном положении, держа его за ручки. При поворотах в узких местах стул переводят в вертикальное положение, перехватывая носилки за концы диагонального бруска, причем передний носильщик становится спиной к носилкам и для облегчения надевает лямки. Последние служат также для переноски раненого одним носильщиком на спине. В этом случае важно укрепить тяжело раненого к носилкам; это достигается подвязыванием его при помощи обмоток или бечевки к спинке стула, матерчатым ремнем к диагональному бруску.

Стул-носилки складываются по длине при помощи обычных носилочных металлических замков.

При ширине носилок в 50 см и длине сидения в 40 см (а с учетом концов ручек диагонального бруска в 60 см) они проходят свободно в наших траншеях.

Стул-носилки пригоден также для внутренних переносок раненых в полевых лечебных учреждениях, палаты которых развертываются в крестьянских избах и в палатках, не допускающих свободного маневрирования с обычными носилками



Стул-носилки для выноса раненых из траншей и внутригоспитальных переносок

Изготовление стула-носилок своими силами доступно любой санитарной роте полка и лечебному учреждению. Описываемая модель испытана с успехом в санитарных ротах одной из наших стрелковых дивизий.

Полковник медицинской службы проф. *А. М. Геселевич*

★

ДРЕВЕСНАЯ ПУДРА—ЗАМЕНИТЕЛЬ ВАТЫ

Из N-ского госпиталя (нач.—капитан медицинской службы А. С. Тумаркина, консультант—проф. А. З. Цейтлин)

Древесная пудра получается при полировании деревянной детали. Она представляет собой чистую, желтоватого цвета, сухую, мягкую порошкообразную массу.

Эта масса 1) не менее гигроскопична, чем белая вата; 2) пластична, мягка и эластична, что позволяет придавать ей любую форму, чем обеспе-

[illegible] применение к любой поверхности пораженного места; 3) хорошо сушит и дезодорирует рану; 4) легко стерилизуется.

В N-ском госпитале древесную пудру применяют в течение последнего года взамен серой и белой ваты.

Способ применения ее таков: мешочки из двойного слоя марли набивают древесной пудрой, наглухо зашивают, стерилизуют в автоклаве и накладывают непосредственно на раневую поверхность.

Смесь древесной пудры с гипсом в равных по объему частях применяется для гипсовых повязок. Эта смесь, обладая всеми качествами хорошего гипса, дает повязку, вдвое легче обычной и притом с лучшей дренажной способностью.

Доктор медицинских наук *Я. А. Бродский*

В ГЛАВНОМ ВОЕННО-САНИТАРНОМ УПРАВЛЕНИИ КРАСНОЙ АРМИИ

В декабре 1943 г. Ученый медицинский совет при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной Армии провел совещания ряда своих секций.

Доклады участников секций — руководящих специалистов санитарной службы, работающих на фронте и в тылу,—были посвящены актуальным вопросам медицинского обслуживания действующих войск.

14—16.XII.1943 состоялось совещание секции медицинского снабжения. Совещание открылось вступительным словом начальника Главного военно-санитарного управления Красной Армии генерал-полковника медицинской службы Е. И. Смирнова, который указал на положительные и отрицательные стороны в практике военно-медицинского снабжения и наметил основные задачи для его работников во время наступательных операций.

Доклад подполковника медицинской службы С. И. Шевцова был посвящен некоторым итогам работы по обеспечению Красной Армии медсанхозимуществом за два года Великой отечественной войны. Об итогах работы и перспективах заготовок медсанхозимущества в дни Великой отечественной войны говорил и полковник медицинской службы Н. Г. Поляков.

Полковник интендантской службы Н. А. Кошелев в своем докладе сообщил о финансировании децентрализованных заготовок, об итогах работы в этой области за прошедший период Великой отечественной войны и о стоящих перед финансовыми работниками ближайших задачах.

Доклад полковника медицинской службы К. Д. Тиманькова касался основных принципов организации обеспечения войск медсанхозимуществом во время наступательных действий.

В этом плане некоторые выступления были посвящены отдельным боевым операциям: доклад подполковника медицинской службы И. Я. Баренбаум—операции по разгрому фашистов под Сталинградом; доклад подполковника медицинской службы М. Л. Воровича — фронтовой наступательной операции летом 1943 г.; доклад майора медицинской службы И. Я. Осипова — операции по разгрому немцев на Таманском полуострове.

Забота о бережном и экономном расходовании медсанхозимущества — такова тема доклада полковника административной службы Я. И. Рогинко. Подполковник медицинской службы А. П. Хренов сообщил о принципе построения изданных и подготовленных к изданию норм и табелей медсанхозимущества для частей и лечебных учреждений фронтового тыла. Подполковник медицинской службы И. П. Овчинников доложил совещанию о новом «Наставлении о ведении учета и отчетности по медико-санитарному имуществу».

Работа совещания представляет особый интерес в том отношении, что на нем удалось, используя большой фактический материал, подытожить боевой опыт работников военно-медицинского снабжения в различных условиях боевой обстановки. Соответствующие материалы будут изданы типографским способом.

17—19.XII.1943 состоялось совещание офталмологической и отоларингологической подсекций Ученого медицинского совета. После вступительного слова начальника Главного военно-санитарного управления Красной Армии генерал-полковника медицинской службы Е. И. Смирнова, наметившего основные задачи офталмологической и отоларингологической помощи в войсках, и выступления начальника лечебно-эвакуационного управления Главвоенсануправ генерал-майора медицинской службы Ф. А. Ходоркова на совещании были выслушаны основные доклады.

Организации отоларингологической помощи в действующей армии и округах был посвящен доклад генерал-майора медицинской службы проф. Г. Г. Куликовского. О состоянии ЛОРпомощи на фронтах доложили специалисты — полковник медицинской службы П. И. Трифонов, майор медицинской службы А. Р. Ханамиров, полковник медицинской службы Н. М. Афонский, подполковник медицинской службы С. М. Гордиенко, полковник

медицинской службы Б. А. Лембарский, подполковник медицинской службы М. И. Филиппов и др.

Основные принципы восстановительной ЛОРхирургии изложил заслуженный деятель науки генерал-лейтенант медицинской службы В. И. Воячек.

Проф. К. Л. Хилов посвятил свой доклад особенностям клиники огнестрельных ранений органов слуха.

О диагностике и лечении боевых травм шеи сообщил проф. В. Ф. Ундриц, об инородных телах ЛОРорганов огнестрельного происхождения — проф. Р. А. Засосов.

Доклад проф. Н. А. Вишневского на офтальмологической подсекции был посвящен организации и состоянию глазной помощи в действующей армии и в округах. О состоянии глазной помощи на фронтах, в округах говорили в своих выступлениях полковники медицинской службы Л. А. Дымшиц, М. З. Попова, А. С. Трофимова, Г. Д. Поляк. Ряд специалистов дебатировал вопросы клиники и терапии боевых повреждений глаза и его придатков. Проф. А. А. Колен коснулся восстановительной хирургии в области глаза после боевых повреждений.

Первое и заключительное заседания офтальмологической и отоларингологической подсекций были объединенными. В заключительном слове генерал-полковник медицинской службы Е. И. Смирнов указал на основные задачи, над которыми должны работать специалисты этих областей.

25—28.XII.1943 состоялся пленум гигиенической секции Ученого медицинского совета.

Открывая совещание, начальник Главного военно-санитарного управления Красной Армии генерал-полковник медицинской службы Е. И. Смирнов остановился на задачах санитарной службы по гигиеническому обслуживанию войск.

С докладом о гигиенических мероприятиях в войсках как основе противоэпидемической работы выступил генерал-майор медицинской службы Т. Е. Болдырев. Об итогах годовой работы и очередных задачах санитарных инспекторов действующей армии говорил генерал-майор медицинской службы Ф. Г. Кротков. С сообщением об опыте работы фронтовых санитарных инспекторов по водоснабжению войск в наступательной операции выступили майор медицинской службы Остапеня и т. Н. С. Харшат. Доклады майора медицинской службы Б. Л. Гордина и т. З. В. Агроновского были посвящены опыту работы фронтовых санитарных инспекторов по организации медицинского контроля за питанием войск в наступательной операции. Майоры медицинской службы П. П. Хитровский и Н. Б. Якубсон в своих выступлениях рассказали об опыте работы армейского санитарного инспектора по организации питания и водоснабжения войск во время наступательных действий.

Полковник медицинской службы В. А. Зотов рассмотрел вопрос об организации, методике и технике медицинского контроля за физической нагрузкой и физическим состоянием войск.

Доклад проф. С. Н. Черкинского был посвящен медицинскому обеспечению восстановления водоснабжения в населенных пунктах, освобождаемых от врага. Об особенностях водоснабжения войск в наступательных операциях сделал сообщение инженер-подполковник Калугин.

В обстоятельном докладе главный терапевт Красной Армии генерал-майор медицинской службы М. С. Вовси изложил диагностику и лечение расстройств питания и авитаминозов.

Затем отдельные доклады были посвящены: особенностям организации питания войск в наступательных операциях (полковник интендантской службы А. А. Ефремов-Ларин), приготовлению пищи и подготовке поварских кадров в войсках (проф. Д. И. Лобанов), профилактике авитаминозов в войсках (генерал-майор медицинской службы Ф. Г. Кротков), пищевым токсикоинфекциям (проф. Н. И. Орлов).

В этих выступлениях на пленуме фронтовые и окружные специалисты на основе изучения опыта Великой отечественной войны подвели итоги по актуальным вопросам гигиены в войсках. Участие в совещании представителей инженерной и продовольственной службы дало возможность уточнить и согласовать ряд важнейших проблем по водоснабжению и питанию войск, так как в этой области требуется тесная согласованность в работе как медицинской, так и указанных выше служб.

★

ОТЧЕТНАЯ СЕССИЯ В ГОСПИТАЛЕ ДЛЯ ЛЕГКО РАНЕНЫХ

Коллектив госпиталя для легко раненых N-ского ФЭП, где начальником полковник медицинской службы Розбаш, проводит отчетные сессии с целью подведения итогов медицинской работы, выявления недостатков и путей к их искоренению. В середине октября провели сессию с более широкой повесткой дня. Были заслушаны доклады медицинских работников, ведущих и подсобных отделов и сообщение хозяйственных отделов, обеспечивающих работу госпиталя.

Доклады, сопровождавшиеся демонстрацией таблиц и диаграмм, отразили разностороннюю лечебную и хозяйственную работу по лечению раненых в период наступательных боев по прорыву Миус-фронта и очищению Донбасса.

Впервые госпиталю пришлось работать на территории, освобожденной от немецких захватчиков, создавших большие затруднения работе госпиталя разрушением при своем отступлении лучших зданий и разорением народного хозяйства. Много пришлось поработать, чтобы в кратчайшее время подготовить помещения для приема раненых.

Первый день сессии был посвящен вопросам приемно-сортировочной и хирургической работы ГЛР.

Начальники медицинских отделений капитаны мдицинской службы Белик, Бердичевская и Вигдорович отметили, что введение специализации отделений по лечению ранений различных частей тела помогло лучшему освоению методики лечения.

Организация приемно-сортировочного отделения с перевязочным блоком и операционной обеспечила лучшую обработку ран, более детальное ознакомление с клиническим течением травм и составление правильного плана комплексного лечения. В приеме больших масс раненых участвовали, кроме врачей и медицинских сестер, также политработники, строевые командиры и работники материального обеспечения. Этим облегчалась разбивка раненых внутри отделений на взводы по периодам лечения и включение их с первого же дня в комплексное лечение и занятия боевой подготовкой.

Ведущий хирург, кандидат медицинских наук майор медицинской службы Кузнецов подвел итоги хирургической работе ГЛР. Докладчик отметил, что применялся ряд новых методов лечения. В 73 случаях применено наложение вторичного шва с удовлетворительным результатом в 70% случаев. При проникающих ранениях грудной клетки использовалась новокаиновая вагосимпатическая блокада по Вишневскому с неизменно благоприятными результатами.

Опыт показал необходимость удалять большинство инородных тел, так как оставление их часто вызывает нежелательные изменения в окружающих тканях.

Активная борьба с остеомиэлитом, секвестротомия в ряде случаев способствовали прекращению процесса, ускорили заживление ран и выписку раненых в части.

Перевязочными медицинских отделений и санпропускника сделано 18 тысяч перевязок.

Хирургическая работа велась в тесной связи с рентгенологическими и лабораторными исследованиями. Организовав собственными силами передвижную электроустановку, наладили бесперебойную работу рентгеновского кабинета.

Рентгенотехник младший лейтенант медицинской службы Красницкий сообщил, что рентгенологические данные подтвердили предварительные диагнозы в 63% случаев, при ранениях же с повреждением костей в 87% случаев. Рентгенодиагностика способствует правильности лечения повреждений. При ранениях кисти и стопы требуется рентгенографическое исследование.

Начальник лаборатории капитан медицинской службы Юдковская отметила обязательность лабораторного исследования мазков из ран при намерении наложить вторичный шов. Кроме таких исследований, лабораторией проведено 750 анализов крови, желудочного сока, мокроты и пр. по требованиям хирургов.

[illegible] 11 000 м бинтов и 4 000 м марли. Некоторые медицинские отделения образцово экономили медикаменты, реставрировали бинты и гипсовые повязки. Аптека (нач. — старший лейтенант медицинской службы Калужский) хорошо справлялась с работой. Отпуск медикаментов с подтверждением визы о выдаче зам. нач. ГЛР по медицинской части непосредственно в аптеке с учетом данных о наличии медикаментов создает возможность рационально расходовать медицинские средства и побуждает врачей знакомиться со списками имеющихся в аптеке медикаментов.

Второй день сессии был посвящен комплексному лечению и боевой подготовке.

Начальник кабинета лечебной физкультуры старший лейтенант медицинской службы Абрамова сообщила о широком применении лечебной физкультуры в ГЛР. Гигиенической гимнастикой было охвачено 91,59%, лечебной гимнастикой — 24,92%, массовыми физкультурными мероприятиями — 38,8% всех раненых. Новым было введение плановых занятий трудотерапией в уголке трудобучения и столярной мастерской под руководством специального инструктора.

Групповыми занятиями лечебной гимнастикой было охвачено 87% раненых, назначенных на этот вид лечения. В третий период лечения раненые включались в занятия физической подготовкой, входящей в программу боевой подготовки. При ранениях кисти особенно эффективным оказалось одновременное лечение теплом и движениями. В итоговом физкультурном празднике приняло участие 700 раненых и больных.

По данным капитана медицинской службы Колесниченко было отпущено физиотерапевтических процедур:

	Парафин	Массаж	Местные ванны	Гелиотерапия	Аэротерапия	Всего
Отпущено процедур	922	1 624	730	300	500	4 071
Число больных	123	146	124	70	100	563

Зубоврачебный кабинет (нач. — капитан медицинской службы Гуртовая), кроме текущей работы по оказанию помощи раненым, подготовился к применению протезирования после консультации во фронтовой зуботехнической лаборатории.

Зам. нач. ГЛР по медицинской части капитан медицинской службы Долматов отметил, что врачи и медицинские сестры значительно подготовились теоретически, чему способствовали семинары по основам лечебной физкультуры, оперативной хирургии и токсикологии для медицинских сестер и научные конференции врачей. На последних были зачитаны доклады хирурга Кузнецова о технике и результатах вторичного шва, старшего инструктора лечебной физкультуры Макридина о методике трудотерапии и исследовании функций конечностей, врача лечебной физкультуры Абрамовой о лечебной физкультуре в терапевтическом отделении и инструктора лечебной физкультуры Шабуро о лечении повреждений периферической нервной системы методами лечебной физкультуры.

Отдел боевой подготовки, которым руководит старший лейтенант Анисимов, многое сделал для упорядочения распорядка дня, организации рот, взводов и систематических занятий.

Для раненых, находящихся в первом периоде лечения, проводились занятия в палатах в виде бесед и лекций. Во втором периоде лечения раненые изучали современные образцы отечественного и трофейного оружия, уставы Красной Армии и посещали политзанятия.

В третьем периоде широко практиковались занятия по строевой тактической и огневой подготовке непосредственно в поле. Выпущены специальные взводы минометчиков, автоматчиков и пулеметчиков; почти все занимавшиеся получили оценки «хорошо» и «отлично».

Офицерский состав занимался по вопросам тактики, взаимодействия различных родов войск и практически огневой подготовкой. Боевой подготовкой занимался также личный состав госпиталя.

Третий день сессии был посвящен подведению итогов организационно-хозяйственной работы. За короткий период завезено 284 555 кг различных продуктов. Раненые и личный состав бесперебойно снабжались хорошо приготовленной горячей пищей. За это же время пищеблоком изготовлено 491 000 разнообразных блюд, истреблено 98 320 ведер воды. Автомашинами проделано 31 130 км, что составляет 115 км в сутки. Оперативно работал отдел вещевого снабжения. Раненые, выписывающиеся в часть, своевременно и тщательно обмундировывались.

В подсобных мастерских было отремонтировано свыше 2 500 пар обуви, 9 331 шт. белья, прачечной выстирано 17 566 кг белья.

Систематическая связь хозяйственного аппарата с начальниками медицинских отделений была недостаточна.

Заместитель начальника ГЛР по политической части капитан Эйдельман подчеркнул расширение и большое разнообразие культурно-массовой работы среди раненых и личного состава.

Начальник ГЛР майор медицинской службы Юдковский, подводя итоги сессии, подчеркнул необходимость расширения хирургической работы и, в частности, наложения вторичного шва и удаления инородных тел. Нужно стремиться к достижению не менее 60—70% заживления ран первичным натяжением. Недостаточен учет эффективности применения сульфамидных препаратов. Необходимо улучшить ведение историй болезни. Нужно добиться более широкого охвата раненых трудотерапией и другими активными методами лечения, повысив одновременно и качество этих назначений. Для этого нужно укрепить связь лечащих врачей с работниками лечебной физкультуры. Военные уголки нужно развернуть при каждом медицинском отделении, сделав их местом учебной и консультативной работы.

В. П. Макридан

★

В МОСКОВСКОМ ОБЩЕСТВЕ НЕВРОПАТОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ

С начала Великой отечественной войны невропатологи и психиатры советской столицы сосредоточили центр тяжести своей научной и практической работы на проблемах, имеющих актуальное значение для обороны страны.

Еще в предвоенные годы советскими психиатрами и невропатологами было много сделано в области изучения патологии, клиники и терапии поражений центральной и периферической нервной системы при травмах, нейроинфекциях и интоксикациях. Комплексная работа совместно с физиологами, морфологами и представителями других «теоретических» дисциплин по разработке проблемы локализации, с одной стороны, изучению соматогений и корреляций между нервно-психическими и соматическими расстройствами — с другой, позволили двинуть вперед изучение именно тех проблем, которые в военное время подлежали дальнейшей разработке на массовом материале.

Московское общество невропатологов и психиатров свое первое после начала войны заседание посвятило травматическим поражениям головного мозга. Эта проблема была освещена в докладах профессора А. С. Шмарьяна «Клиника острой фазы травмы мозга» и председателя общества заслуженного деятеля науки профессора М. О. Гуревича «О психопатологии рассеянных мелкооскольчатых ранений головного мозга».

В течение 1942 г. общество обсуждало ряд докладов актуального оборонного значения, в том числе серию сообщений по диагностике и лечению черепно-мозговых ранений (профессора Н. И. Гращенков и В. К. Хорошко, доцент Е. В. Шмидт и др.). Ряд сообщений был посвящен ранениям периферической нервной системы и активизации методов лечения при них (профессора Л. А. Корейша, Д. Г. Шефер, П. К. Анохин, Я. А. Ратнер и др.). Серия докладов касалась нейроинтоксикаций военного времени, в частности, невро-психических изменений при отравлениях препаратами, с которыми приходится иметь дело летному составу (антифриз, тетраэтил-

бинец) — профессор В. Н. Русских, Г. П. Попова, В. Д. Зверева, Е. Е. Сканави, Д. Е. Мелехова.

Роль соматогений и соматической астенизации в возникновении психозов военного времени была освещена в докладах заслуженного деятеля науки профессора В. А. Гиляровского, профессора Г. Е. Сухаревой, доцента А. О. Молочек.

Общество организовало специальные заседания по вопросам военно-врачебной экспертизы, по которым были заслушаны доклады профессора Т. А. Гейера, доцента А. Н. Молохова, Л. М. Сухаребского и др.

Большое внимание было уделено организационным вопросам: обобщению опыта войны в организации невро-психиатрической помощи в целом (доклад полковника медицинской службы Н. Н. Тимофеева) и разработке ряда частных проблем, имеющих весьма актуальное значение (доклады областного психиатра д-ра медицинских наук И. А. Бергера об организации невро-психиатрической помощи в эвакогоспиталях, Р. Е. Столиной и городского психиатра И. С. Иоловича об опыте работы оперативных отделений психиатрической больницы и др.).

К инструкциям по лечению ранений центральной и периферической нервной системы обществом были разработаны существенные дополнения.

Общество участвовало во 2-м пленуме Госпитального совета Наркомздрава СССР, по окончании работ которого организовало сессию, посвященную травмам центральной и периферической нервной системы, а также психогениям военного времени. На сессии были заслушаны доклады профессора М. Ю. Рапопорта об очередных вопросах неврологии и нейрохирургии черепно-мозговых ранений, профессора А. С. Шмарьяна о клинике невропсихических расстройств при травмах черепа, заслуженного деятеля науки профессора М. О. Гуревича о динамике психических нарушений в связи с травмами черепа, заслуженного деятеля науки профессора В. В. Лебеденко о травмах позвоночника, профессора Н. С. Четверикова о ранениях спинного мозга, ряд сообщений, посвященных хирургическому и консервативному лечению травматических поражений центральной нервной системы (академик Л. С. Штерн, заслуженные деятели науки Б. И. Лаврентьев, В. А. Гиляровский, профессора Н. И. Гращенков, М. С. Маргулис, А. Е. Кульков, Д. С. Футер, Х. И. Гаркави, В. К. Хорошко, Д. Г. Шефер, К. Н. Третьяков, Пинес, Шпирт, М. Я. Серейский, доктора С. В. Крайц, Х. М. Фрейдин).

Работа общества протекает по разработанному тематическому плану, которым предусмотрены следующие актуальные темы.

1. Слепые ранения черепа и мозга металлическими осколками. 2. Ранние осложнения черепно-мозговых ранений: менингиты, энцефалиты, абсцессы. 3. Сочетанные повреждения основных нервных стволов и скелета конечностей (совместное заседание с Хирургическим обществом). 4. Картины сотрясения и ушиба мозга при тяжелых внечерепных ранениях (грудная клетка, конечности). 5. Неврологические и психопатологические синдромы при непроникающих ранениях черепа. 6. Спинномозговая жидкость в ранних периодах черепно-мозговой травмы и ее осложнений. 7. Ранние стадии повреждения спинного мозга. 8. Болевые каузалгические синдромы. 9. Катамнезы больных, перенесших черепно-мозговые ранения. 10. Классификация и номенклатура психогений и травматических повреждений нервной системы военного времени. 11. Проблемы гипо- и авитаминозов и неврологии и психиатрии. 12. Проблемы невро-психиатрической экспертизы и трудоустройства и ряд других проблем.

Значительная часть этого плана уже выполнена. Ряд ценных докладов (профессора А. С. Шмарьяна о психопатологии осложненных и неосложненных ранений головного мозга, профессора А. М. Гринштейна о клинике, патогенезе и терапии каузалгий и др.) был подвергнут оживленному обсуждению.

В общий вклад советских ученых московские невропатологи и психиатры вносят и свой труд, способствуя быстрейшему возвращению в строй раненых защитников родины.

Майор медицинской службы **И. И. Лукомский** — отв. секретарь Московского общества невропатологов и психиатров.

★

„ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ"

«Военно-медицинский журнал» занимает важное место в истории отечественной военной медицины. Являясь одним из старейших русских медицинских периодических изданий, он начал выходить с 1823 г. На своих страницах журнал освещал актуальные вопросы и достижения медицинской науки того времени. В публикуемых статьях помещались такие материалы, как изучение влияния специфических условий войскового быта и службы на здоровье воинских чинов и создание благоприятных условий, способствующих укреплению физических сил солдата и предупреждению развития в армии так называемых «войсковых» болезней.

Журнал особенно много внимания уделял вопросам организации медицинского обслуживания армии в мирное и военное время, вопросам военной гигиены, профилактики инфекционных болезней, военно-полевой хирургии, распознавания «притворных» болезней, военно-санитарной статистики и, наконец, военно-медицинской старины.

Издание журнала явилось большим вкладом в дело подготовки и повышения квалификации армейских врачебных кадров. К моменту выхода в свет первого номера журнала в России было крайне незначительное количество руководств и пособий по основным вопросам медицины, а тем более по организации военно-медицинского дела в армии.

В «предуведомлении» к первому номеру журнала редакция писала: «Между тем как иностранные земли почти преизбыточествуют врачебными сочинениями, между коими журналы занимают весьма значительное место, не издается в России ни одного... Медицинский департамент военного министерства, приняв в рассуждение необходимость доставить военным врачам способы ознакомиться с успехами врачебной науки, считает наиприличнейшим для сего средством приступить к изданию журнала» [1].

Чтобы дать представление о круге проблем, ставившихся на страницах журнала, целесообразно перечислить его разделы, установленные с выходом первого же номера. К ним относились: «1) оригинальные рассуждения по всем частям внутреннего и наружного врачевания, имеющие целью клиническую пользу с приноровлением, где нужно, к военной медицине; 2) подобные же рассуждения, извлеченные из иностранных сочинений, и переводы небольших сочинений, если они особенно полезны; 3) такие же рассуждения о ветеринарно-врачебном искусстве; 4) из вспомогательных наук то, что полезно для медицины; 5) госпитальная часть; 6) смесь (медицинского содержания) и, наконец, 7) официальные известия для военных врачей, как-то: производство, особые награды, исключение умерших, показание вновь определенных медицинских чиновников, перемещение их и т. п.» [2].

Журнал выходил ежегодно в шести книжках от 8 до 10 листов каждая. Каждый военный врач состоял подписчиком журнала, ибо из его жалованья удерживалось 10 рублей ассигнациями—подписная плата. Для прочих врачей, не получающих жалования от военного ведомства, подписная плата устанавливалась в 15 руб. в год.

Приведем перечень статей, опубликованных в первых трех номерах.

В первом номере были напечатаны статьи о нервной горячке, о губчатом артериальном желваке, об египетском воспалении глаз, приведены случаи, «доказывающие несомнительную пользу обливания холодною водою при

---

[1] Военно-медицинский журнал, издаваемый Медицинским департаментом военного министерства, Санкт-Петербург, часть II, 1823 г., стр. VI.

[2] Военно-медицинский журнал, часть I, № 1, 1823 г., стр. VIII.

отравления опием». В разделе «Судебная медицина» помещены заметки о способах к открытию присутствия опия при отравлении им.

Во втором номере, кроме продолжения статей о нервной горячке и об египетском воспалении глаз, следует отметить некоторые наблюдения о Кавказских минеральных водах и официальные известия.

Наконец, в третьем номере даются статьи о cholera morbus, о водобоязни и официальные известия. В статье «О холере восточных стран» сообщается: «В продолжении 5 лет, от начала ее в Бенгале, распространилась она от Явы до Персии, от Китая до острова Бурбон на пространстве 50° широты (от 30° северной широты до 20° южной) и 60° долготы (от 130° до 70° восточной долготы). В первые три года похитила она более 3 млн. с половиной людей. Английское правительство употребило всевозможные меры для открытия причины сей болезни и изыскания способов лечения оной. Посему имеется довольно описаний, составленных нарочно комиссиею, для сего правительством назначенною, и прочими английскими врачами, ныне живущими. Извлекая из их сочинений все, заслуживающее внимания, будем, мы помещать оное в нашем журнале» [1].

С 1858 г. журнал стал выходить ежемесячно. В дальнейшем в нем появились такие разделы, как обозрение текущей медицинской литературы, критика и библиография, известия, касающиеся врачебного быта, и ответы на запросы читателей. К журналу ежегодно прилагались одно или два капитальных сочинения по медицине и отчет о санитарном состоянии русской армии.

Подписная плата была установлена для военных врачей 9 руб. в год, а для врачей, не служащих в армии, 12 руб. К 1911 г. она была понижена до 6 руб. в год. С этого же момента журнал все больше отводит места статьям по военно-санитарному делу и постепенно становится исключительно военно-санитарным журналом.

Так издавался журнал до 1917 г. После годичного перерыва издание журнала под таким же названием было возобновлено Военно-медицинской академией РККА, которая выпускала его до 1933 г.

16 октября 1924 г. под редакцией З. П. Соловьева, Н. Н. Бурденко, Н. А. Зеленева и А. П. Савельева вышел первый номер «Военно-санитарного сборника». Сборник оказал большую помощь врачебным кадрам. На его страницах публиковались основные руководящие статьи по вопросам медицинского обеспечения войск. Он уделял внимание и обобщению опыта санитарной службы русской армии, знакомил своих читателей с опытом военно-медицинской службы в иностранных армиях. Всего было издано пять сборников, последний из которых вышел в 1928 г.

В феврале 1929 г. стал издаваться новый журнал для военных врачей,— «Военно-санитарное дело», который выходил до декабря 1943 г. В журнале были установлены следующие разделы: организация военно-санитарной службы, санитарный, лечебно-профилактический и санитарно-просветительный, физиология военного труда и военно-профессиональный обзор, труд и быт военно-санитарной службы, библиография и рефераты, съезды и конференции, хроника и, наконец, официальный раздел.

В последующие годы эти разделы несколько видоизменялись, а с десятого номера за 1941 г. были установлены новые разделы: лечебно-эвакуационный, организация и тактика санитарной службы, вопросы противоэпидемической защиты войск, вопросы гигиены и санитарно-химической защиты войск, обмен опытом, консультация, медики на фронтах Отечественной войны, в Главном военно-санитарном управлении Красной Армии, рефераты, критика и библиография.

С целью сохранения преемственности и продолжения лучших традиций старейшего русского военно-медицинского журнала, который выходил в течение 109 лет, с первого номера 1944 г. журнал издается под названием «Военно-медицинский журнал».

Полковник медицинской службы ***С. М. Багдасарьян***

---

[1] Военно-медицинский журнал, часть I, № 3, 1823 г., стр. 379.

Р. Ильмен и Ф. Л. Браун; К. Лишер и Р. Ильмен. (R. Elman and F. L. Brown), (C. Lescher and R. Elman), War medicine, vol. 3, N 5. май 1943 г.

Экспериментальные ожоги

Клинические наблюдения над обширными ожогами военного времени вызвали ряд экспериментальных исследований. В двух рассматриваемых работах сообщается о методике опытов, смертности, изменениях концентрации крови и влиянии эластического давления на обожженную поверхность.

Первая группа опытов проведена на 75 собаках, которых за час до ожога обезболивали посредством внутривенного введения пентобарбитала (30 мг на 1 кг веса) с одновременным впрыскиванием под кожу 60 мг сернокислого морфина. Эффект обезболивания длился 12 часов с постепенным возвращением к полному сознанию к концу суток. В большинстве опытов ожоги причинялись погружением животного до подмышек (около 75% поверхности тела) в нагретую до 80° воду на 5 секунд. Ожоги непосредственно пламенем или горячей водой температуры около 100° неизменно вызывали гемолиз и были оставлены. Ожоги, причиненные водой в 85° и выше, сопровождались смертью в 100% случаев; смертность быстро уменьшалась с понижением температуры обжигавшей воды, и ожоги, вызванные погружением в 70° горячую воду, вовсе не дали смертных исходов. Погружение в воду с температурой 80° на 5 секунд причиняет однообразный ожог, выражающийся воспалительными изменениями без некроза тканей. Экссудативный период при несмертельных ожогах продолжался около 14 часов и в течение следующих 14 часов концентрация крови возвращалась к норме. Это указывает на важное терапевтическое значение переливаний плазмы при ожогах у людей в продолжение, вероятно, не менее 30 часов.

Опыты по изучению влияния эластического давления на обожженную поверхность проведены на 29 собаках, которых после обезболивания погружали до подмышек на 5 секунд в воду температурой 90°, после чего у 15 собак обожженная поверхность спустя 1 час плотно бинтовалась эластическим бинтом; повязка была снята у 9 собак через 10 часов, у 6 собак через сутки. Остальные 14 собак оставлялись без повязки. У всех собак проводилось наблюдение за состоянием концентрации крови. Погибло 50% собак без повязки и 53% собак, которым повязка была наложена. Хотя смертность среди животных обеих этих групп была в общем одинакова, следует отметить, что применение местного эластического давления понижало степень концентрации крови и, следовательно, уменьшало потерю жидкости с обожженной поверхности. Уменьшение это, однако, не было столь значительным, чтобы могло повлиять на величину смертности от ожога.

Доктор медицинских наук *Л. М. Старокадомский*

Гаре и Кларк (R. Hare, E. M. Clark). **Применение пластических гелей в качестве наполнителей при лечении ран сульфамидами** War medicine, vol. 4, N 2, август 1943 г., стр. 140—151.

Работами ряда исследователей доказано, что применение сульфамидов непосредственно на рану имеет весьма существенное значение для предотвращения газовой гангрены и заражения раны стрептококками. Однако известно, что в засыпанной сульфаниламидом ране это вещество почти нацело исчезает уже к концу первых суток; вследствие этого надлежащая хирургическая помощь должна быть оказана раненому до истечения 24 часов с момента ранения, что практически далеко не во всех случаях возможно.

Гаре и Кларк нашли, что сульфатиазол менее быстро растворяется, но зато он образует кристаллы в тканях, поэтому этот препарат мало пригоден. Опытами авторы установили, что большие удобства представляет использование веществ, образующих в ране род коллоида, из которого сульфамиды всасываются медленно. Такими веществами являются поливиниловый алкоголь и метилцеллюлоза, в особенности последняя.

Метилцеллюлоза получается в виде белых волокон, растворяющихся в холодной воде, но нерастворимых в горячей воде, в насыщенных солевых растворах, в большинстве органических растворителей. На метилцеллюлозу не действуют маслянистые и жирные вещества животного, растительного и минерального происхождения. Она бесцветна, без запаха и вкуса и неядовита; стойка в отношении щелочей и разведенных кислот; выдерживает, не изменяясь, нагревание до 300°.

Поливиниловый алкоголь представляет белый или желтоватый порошок, без запаха и вкуса, нейтральной реакции, растворимый в воде, не растворимый в большинстве органических растворителей, крайне стойкий в отношении физических и химических агентов, не разлагающийся при нагревании; безвреден.

Оба эти порошкообразных вещества превращаются в коллоидные тели при соприкосновении с живыми тканями или некоторыми химическими веществами, как борная кислота. Образовавшиеся в ране гели остаются в тканях как инородное тело дольше 28 дней; сульфамиды, включенные в эти гели в виде порошка или раствора, встречаются еще в ране после 72 и 120 часов.

Метилцеллюлозу легко удалить из тканей как легко растворимую в воде, но до удаления ее, конечно, нельзя накладывать ни первичного, ни вторичного шва.

Можно также применять другие вещества, обладающие буферным свойством — ланолин, вазелин, олеиновую кислоту, но при них необходимо иметь сжимаемые тюбики или подобные дефицитные вместилища, тогда как метилцеллюлоза, похожая на вату, легко транспортируется и некоторое неудобство представляют лишь ее большой объем и необходимость содержать ее совершенно сухой.

Доктор медицинских наук ***Л. М. Старокадомский***

К. Троммер (K. Trommer). **Фронтовые наблюдения над участившимися мочеполовыми неврозами.**

По реферату в „Vierteljahrschrift für Schweizerische Sanitätsoffiziere" № 2, 1943 г.

Автор описывает участившееся на фронте в немецких войсках заболевание, выражающееся коликообразными болями в области почек и значительной слабостью сфинктера мочевого пузыря, вследствие которой происходит непроизвольное мочеиспускание днем. Количество мочи увеличено, удельный вес ее низкий. В большинстве случаев наступлению этого мочеполового невроза, как называет это расстройство автор, предшествует катарр кишок. Возможно, что этот невроз имеет токсическое происхождение. При лечении оказалось полезным применение сухого тепла и аутогемотерапия.

К. Н. Браецкая

★

Стр.

Доктор медицинских наук профессор А. Г. Иванов-Смоленский. Влияние квиетала (нокталя) на состояние общего возбуждения у нервно-психических больных 52

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ

Полковник медицинской службы С. Г. Сиверс и полковник медицинской службы профессор М. И. Куслик. Опыт эвакуационно - сортировочной группировки раненых по срокам лечения 53

Подполковник медицинской службы И. Ш. Блюмин. Транспортировка раненых с поля боя в зимних условиях 55

Старший техник-лейтенант инженер С. И. Рыжков. Зимний санитарный транспорт 61

ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ И САНИТАРНО-ХИМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Генерал-майор медицинской службы профессор Ф. Г. Кротков. Профилактика авитаминозов в войсках 69

Майор медицинской службы А. Д. Астафьев. О предупреждении отморожений ног . 76

МЕДИЦИНСКОЕ СНАБЖЕНИЕ

Полковник медицинской службы К. Д. Тиманьков. Очередные задачи медицинского снабжения Красной Армии . . 80

ОБМЕН ОПЫТОМ

Майор медицинской службы, канд. медицинских наук Л. Л. Дорфман. Рационализация изготовления гипсовых лонгет . 83

Полковник медицинской службы профессор А. М. Геселевич. Стул-носилки для выноса раненых из траншей и для внутригоспитальных переносок 84

Доктор медицинских наук Я. А. Бродский. Древесная пудра—заменитель ваты 85

Page

Prof. A. G. Ivanov-Smolensky, M. D. The effect of quietale (noctale) on the general excitation in the nervous neuropsychial patients 52

ORGANIZATION AND TACTICS OF THE SANITARY SERVICE

S. G. Sivers, Colonel, Medical Corps and Prof. I. I. Kuslik, Colonel, Medical Corps. Experiment of evaco-sorting groupping of the wounded after treatment terms 53

I. Sh. Blumin, Lieutenat-colonel, Medical Corps. Transportation of the wounded from a battle field under winter conditions . . 55

Senior technicist S. I. Ryjkov, Ing. lieutenat. Winter sanitary transport 61

PROBLEMS OF THE ANTIEPIDEMIC PROTECTION OF THE TROOPS

HYGIENE PROBLEMS AND SANITARY-CHEMICAL PROTECTION OF THE TROOPS

Prof. F. G. Krotkov, Major-general, Medical Corps. The prophylaxis of avitaminoses in the troops 69

A. D. Astafiev, Major, Medical Corps. On the feet congelations' prevention 76

MEDICAL SUPPLY

K. D. Timankov, Colonel, Medical Corps. The tasks next in turn of the medical supply of the Red Army 80

INTERCHANGE OF EXPERIENCE

Cand. in med. sci. L. L. Dorfman, Major, Medical Corps. Rationalization of the gypseous longuettes 83

Prof. A. M. Geselevich, Lieutenant-Colonel, Medical Corps. A chair litterr for the bearing-out of the wounded from the trenches and for the intrahospital transportation 84

J. A. Brodsky, M. D. The wood-powder as a substituent for the wadding 85

4 руб.

Стр.

В ГЛАВНОМ ВОЕННО-САНИТАРНОМ УПРАВЛЕНИИ КРАСНОЙ АРМИИ

Полковник медицинской службы С. М. Багдасарьян. В Ученом медицинском совете при начальнике ГВСУ Красной Армии 87

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

В. П. Макридин. Отчетная сессия в госпитале легко раненых 89

Майор медицинской службы И. И. Лукомский. Работа Московского общества невропатологов и психиатров в дни Великой отечественной войны . . 92

ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Полковник медицинской службы С. М. Багдасарьян. Военно-медицинский журнал . 93

РЕФЕРАТЫ

Доктор медицинских наук Л. М. Старокадомский. Экспериментальные ожоги . . . 95

Применение пластических гелей в качестве наполнителей при лечении ран с сульфамидами 96

К. Н. Браецкая. Фронтовые наблюдения над участившимися мочеполовыми неврозами 96

Page

IN THE HEAD MILITARY SANITARY OFFICE OT THE RED ARMY

S. M. Bagdasaryan, Colonel, Medical Corps. In the Scientific Medical Council at the Comander of HMSO of the Red Army 87

IN THE MEDICAL ASSOCIATIONS AND ON THE SCIENTIFIC CONFERENCES

V. P. Makridin. Accountable session in an hospital for the mildly wounded 89

I. I. Lukomsky, Major, Medical Corps. The work of the Moscow Association of neuropathologists and psychiatrists during the Great patriotic war 92

FROM THE HISTORY OF THE MILITARY MEDICINE

S. M. Bagdasaryan, Colonel, Medical Corps. Military Medical journal 93

ABSTRACTS

L. M. Starokadomsky, M. D. Experimental burns. . . . 95

The use of the plastic gels in wound's treatment with sulphamids 96

K. N. Braetskaya. Front observations on becoming more frequent genito-urinary neuroses . 96

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
КРАСНОЙ АРМИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ
Ответственный секретарь
полковник медицинской службы С. М. БАГДАСАРЬЯН

Члены редколлегии:
генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН,
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ

МАРТ — АПРЕЛЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
ЛЕНИНГРАД — МОСКВА — 1944

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

С. М. Багдасарьян. Военная медицина на Ленинградском фронте . . . 3
Д. Н. Верховский. Медицинское обеспечение войск Ленинградского фронта 8
П. А. Куприянов. Некоторые вопросы организации хирургической помощи на Ленинградском фронте 17
Э. М. Гельштейн. Некоторые вопросы организации терапевтической помощи на Ленинградском фронте 26
С. В. Висковский. Противоэпидемическое обеспечение войск в условиях Ленинградского фронта 35
И. М. Шнейдерман. Сортировочно-эвакуационный госпиталь фронтового эвакуационного пункта 43
В. Н. Павловский. Медицинское обеспечение наступательных операций армии 54
М. И. Шрайбер. Хирургическое обеспечение двух армейских наступательных операций 70
М. Раппопорт. Организация терапевтической службы в условиях стабильной обороны 76
А. Г. Гукасян. Терапевтическая помощь в полевых лечебных учреждениях во время боевых операций 85
П. А. Селиванов. Хирургический полевой подвижной госпиталь в наступательной операции 90
Л. А. Лукьянова. Организация операционно-перевязочного блока в хирургическом полевом подвижном госпитале 96
И. Ш. Блюмин. Терапия газовой инфекции при огнестрельных ранениях 103
С. С. Михнов. Клиника анаэробной инфекции 109
И. И. Глумов. Огнестрельные проникающие ранения грудной клетки . . 112
Хроника военно-санитарных учреждений 117

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 160

Отв. редактор Е. И. Смирнов

Сдано в набор 25 апр. 1944 г. Подписано к печати 26 июля 1944 г. М— 02448.
Печ. 7,5 л. Уч. авт. 8.87 л. Ф. 60 × 92. Заказ № 1637.

Типография № 1 им. Володарского Управления полиграфии и издательств при Ленгорисполкоме

С. М. БАГДАСАРЬЯН
Полковник медицинской службы

ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА НА ЛЕНИНГРАДСКОМ ФРОНТЕ

ОСОБОЕ место в истории военной медицины Отечественной войны занимает медицинское обеспечение войск Ленинградского фронта. Это и естественно. Ленинградский фронт с первых же месяцев войны был поставлен в тяжелейшие условия блокады, которые и обусловили всю систему лечебно-эвакуационного обслуживания войск фронта.

В начале войны, когда санитарный отдел входил еще в Штаб Северного фронта, налицо были: значительная протяженность эвакуационных путей, большое количество эвакуационных направлений, что значительно затрудняло работу войсковой и полевой санитарной службы.

Северный фронт, созданный в июне 1941 года, был введен в состав вооруженных сил северо-западного направления, а в конце августа 1941 года Ленинградский фронт был выделен в самостоятельную единицу. С этого момента вместо Санитарного отдела было создано Санитарное управление фронта.

Сложность оперативно-тактической обстановки в августе и сентябре 1941 года создала особые условия для этапов санитарной эвакуации.

Постоянные налеты противника на полевые медицинские учреждения и на эвакуационные пути прерывали «нормальный» отток раненых из войскового района в госпитальные базы армии и во фронтовые медицинские учреждения. К этому времени, т. е. к сентябрю 1941 года санитарная служба фронта оказалась под угрозой перерыва железнодорожного сообщения Ленинграда с тылом страны, что, естественно, нарушило эвакуацию раненых из фронтовых учреждений в глубокий тыл.

Враг всеми силами рвался к городу. Эвакуация раненых из Ленинграда прекратилась. В октябре—декабре 1941 года санитарная служба вынуждена была располагать войсковые, полевые и фронтовые лечебные учреждения в Ленинграде и в его окрестностях. Протяженность эвакуационных путей до лечебных учреждений фронтового эвакопункта была сильно сокращена. Нужно было срочно расширить фонд коечной сети. Эту задачу удалось сравнительно быстро разрешить при повседневной помощи партийных и советских организаций Ленинграда.

Трудности с каждым днем нарастали. Истощались местные ресурсы, необходимые для нормального обеспечения раненых и больных. Особенно затруднял работу недостаток жилищного фонда в результате разрушения его противником. Медицинские работники, после напряженной работы в операционных, перевязочных и в палатах вынуждены были заниматься строительными работами по восстановлению разрушенных корпусов медицинских учреждений. К тому же частые перебои в работе электростанций и теплоцентрали не могли не сказаться на лечебно-эвакуационной работе.

Условия блокады, сильно нарушившие работу железнодорожной сети и промышленности, создавшие затруднения в снабжении топливом, продовольствием, медикаментами и всеми видами медицинского оборудования, поставили на очередь необходимость строжайшего учета и жесткой экономии в расходовании материальных ценностей. Нужно было изыскивать средства на месте. Трудности централизованного снабжения заставили санитарную службу фронта наладить производство необходимых предметов медицинского имущества в самом городе. В этих тяжелых условиях медицинские работники фронта, хирурги, терапевты, эпидемиологи и другие специалисты, вместе с средним и младшим медицинским персоналом, прилагали все усилия, чтобы создать нормальные условия для лечения раненых и ухода за ними. Ленинградские учебные учреждения были в центре внимания партийных и советских организаций города. Медики Ленинграда и Ленинградского фронта мужественно и стойко встретили и преодолели все испытания и лишения фронтовой жизни. Пренебрегая опасностью, под непрекращающимся артиллерийским огнем противника и бомбардировками с воздуха медики-ленинградцы боролись за жизнь каждого защитника героического города. Тяжелые дни многомесячной блокады спаяли в единую мужественную семью всех ленинградцев. «...Каждый ленинградец, мужчина и женщина, нашел свое место в борьбе и честно выполняет свой долг со-

ветского патриота», так писал руководитель ленинградских большевиков А. А. Жданов. И действительно, защитники Ленинграда, а вместе с ними и военные медики, не дрогнули и отдали себя без остатка славному делу — защите родного города от немецко-фашистских извергов.

В первые месяцы 1942 года (январь—апрель) удалось возобновить эвакуацию и подвоз по зимним автомобильным дорогам. Начиная с мая и до конца 1942 года устанавливается эвакуация раненых из Ленинграда через Ладожское озеро в тыл страны. Это дало возможность несколько разгрузить лечебные учреждения, приступить к восстановлению госпитальных зданий, ремонту водопровода, канализации, наконец, улучшить материальные и бытовые условия (питание, свет, тепло).

Длительный период блокады Ленинграда, приведший к увеличению коечной сети (в особенности для больных авитаминозами), не мог не расширить терапевтическую коечную мощность госпиталей, а это повлекло за собой большую потребность в терапевтических кадрах.

Военно-санитарной службе приходилось помогать гражданским органам здравоохранения, направляя в городские поликлиники в порядке помощи врачей-специалистов из фронтовых лечебных учреждений.

В основу работы полевых и фронтовых медицинских учреждений были положены следующие элементы — максимальное приближение медицинской помощи к раненым, своевременность и преемственность этой помощи. Руководящим началом работы медицинских учреждений была единая военно-полевая медицинская доктрина. Однако объем медицинской помощи на этапах санитарной эвакуации, сортировка и эвакуация по назначению находились в зависимости от оперативно-тактической обстановки и видоизменялись в соответствии с характером боевых операций. Построение лечебно-эвакуационного обеспечения войск не было одинаковым на всех участках его в различные периоды. Если в начале войны схема эвакуации характеризовалась наличием всех этапов — от батальонных пунктов медицинской помощи до госпитальной базы фронта — и типовым их использованием, то в дальнейшем сокращение протяженности санитарных коммуникаций приводит к исчезновению отдельных этапов или к нетипичному их использованию.

В первом периоде войны, т. е. в середине августа 1941 года, лечебно-эвакуационное обеспечение боевых действий войск проводилось в основном в соответствии с намеченным лечебно-эвакуационным планом и характеризовалось почти неизменявшейся дислокацией санитарных учреждений, полным объемом хирургической помощи в них и санитарно-профилактической работой. В период, когда войска вели подвижную оборону, санитарная служба фронта особое внимание уделяла быстрейшей эвакуации раненых с поля боя, привлечению для этого вспомогательных санитаров-носильщиков и значительному выдвижению санитарного транспорта к передовым этапам. Нарушение стабильности фронта и пере-

Постоянные в ходе к подвижной обороне привели к ограничению объма хирургической помощи в медико-санитарных батальонах.

Характер боевых действий в этот период диктовал необходимость значительного сокращения сроков госпитализации раненых и больных в полевых лечебных учреждениях.

Особый интерес представляет санитарное обеспечение боевых действий войск внутри города во время блокады. История войн не знает еще подобных условий медицинского обеспечения действующих войск. Вот почему деятельность военных медиков Ленинграда в дни блокады требует всестороннего и детального исследования. Это — лучшие страницы в истории отечественной военной медицины.

Оборона Ленинграда делилась на секторы и боевые участки, а в соответствии с этим строилось и лечебно-эвакуационное обслуживание действующих войск.

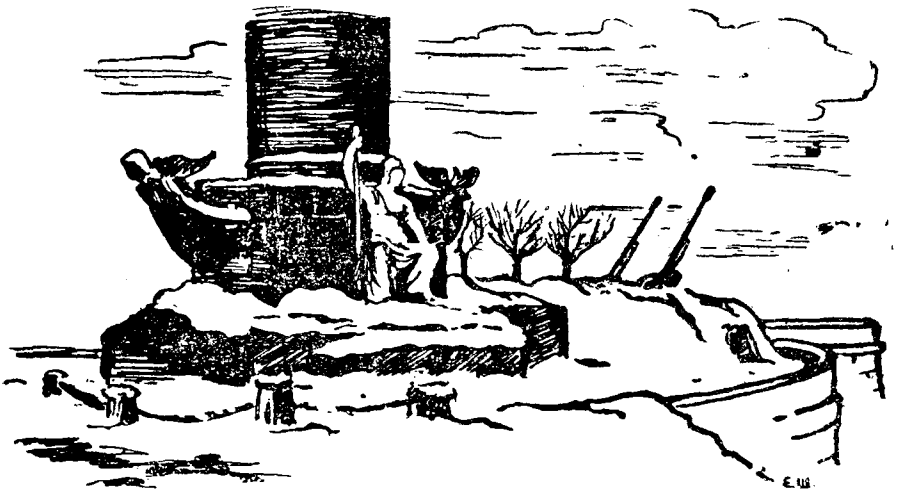
Санитарная служба фронта и обороны города ставила себе задачей своевременное оказание первой медицинской помощи всем пострадавшим — военнослужащим и лицам гражданского населения — и эвакуацию их в ближайшие лечебные учреждения либо на носилках, либо на санитарном транспорте. Военно-медицинские и лечебные учреждения городского здравоохранения, расположенные в районе города, должны были оказывать квалифицированную, а в условиях изоляции сектора и возможно полную медицинскую помощь на месте и организовать госпитализацию раненых.

Ленинградские медики, преодолевая все трудности блокады, ни на минуту не снижали объема и качества лечебной работы. Врачи и медицинские сестры в холодных, неотапливаемых помещениях, в полушубках, поверх которых надевались белые халаты, при свете фонаря «летучая мышь» производили сложные операции, обеспечивали раненым внимательный уход. Однако они выполняли не только чисто медицинскую работу. Фашистские изверги почти каждый день выводили из строя перевязочные, операционные, палаты и подсобные помещения госпиталей. Нужно было осваивать новые, непривычные специальности. Врачи и сестры обучались слесарному, столярному делу и после работы восстанавливали разрушенные бомбардировками помещения лечебных учреждений.

Многообразной и трудной работе медиков Ленинграда и Ленинградского фронта посвящается настоящий и последующий номера журнала. Разумеется, невозможно в небольших отдельных статьях показать в полном объеме ту огромную работу, которую проделали хирурги, терапевты, эпидемиологи и другие специалисты фронта. Все же этими номерами журнала кладется начало обобщению опыта медицинского обслуживания войск в период длительной блокады в условиях крупного населенного пункта, в период прорыва этой блокады и, наконец, стремительного наступления войск фронта.

Нет сомнения, что медики Ленинградского фронта сумеют уже сейчас, не откладывая в долгий ящик, собрать все материалы, характеризующие их работу по медицинскому обеспечению войск

обороны города Ленина. Это нужно сделать именно сейчас, когда еще ярки в памяти характерные детали, лучшие образцы работы в дни блокады и имена тех людей, которые своим героическим трудом совершенствовали медицинское обслуживание наших доблестных войск, продолжали лучшие традиции отечественной военно-медицинской науки.



Д. Н. ВЕРХОВСКИЙ
Генерал-майор медицинской службы

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВОЙСК ЛЕНИНГРАДСКОГО ФРОНТА

ВОЙСКА Ленинградского фронта за тридцать три месяца войны прошли пять основных этапов. Каждый из них характеризовался своеобразной оперативно-тактической обстановкой, которая и определила основные задачи медико-санитарного обслуживания действующих войск.

На первом этапе (с начала войны и до середины августа 1941 г.), когда войска заняли стабильную оборону, мы должны были формировать эвакогоспитали для госпитальной базы фронта и подготавливать кадры для полевых лечебных учреждений. В этой работе большую помощь оказывали нам гражданские органы здравоохранения.

Лечебно-эвакуационное обслуживание в этом периоде не имело каких-либо существенных особенностей и строилось по общепринятой системе. Поэтому нет надобности давать подробную его характеристику.

На втором этапе (половина августа и сентябрь 1941 г.), когда войска перешли к подвижной обороне, в плане лечебно-

эвакуационного обеспечения основное внимание было уделено своевременному оказанию первой помощи раненым на поле боя, быстрому выносу их из-под огня противника и эвакуации на последующие этапы. С этой целью были привлечены вспомогательные санитары-носильщики, а санитарный транспорт был выдвинут к передовым этапам.

Характер боевых действий резко изменил и объем хирургической работы в войсковом районе. Так, например, в медико-санитарных батальонах вынуждены были ограничиться оперативными вмешательствами экстренной срочности и подготовкой всех категорий раненых к немедленной эвакуации.

Третий этап (блокада Ленинграда с 25 сентября 1941 г. по 18 января 1943 г.) — когда все коммуникации, связывающие город со страной, были противником перерезаны и линия фронта проходила в 6—15 км от окраин города. Эта особенность расположения войск, естественно, вызывала и своеобразное размещение полевых и тыловых медицинских учреждений. Так, например, в Ленинграде нередки были случаи, когда в одном квартале располагались медико-санитарный батальон, эвакоприемник и эвакогоспиталь фронтового эвакуационного пункта. Таким образом Ленинград для частей отдельных армий оказывался одновременно войсковым, армейским и фронтовым тылом.

Близость мощной госпитальной базы фронта позволила Санитарному управлению не выделять некоторым армиям собственной госпитальной базы, а ограничиться припиской части госпиталей к госпитальной базе фронта для обслуживания контингентов раненых, эвакуируемых из войскового и армейского районов.

Войска внутренней обороны города (ВОГ) занимали всю его территорию, заключенную внутри замкнутого вокруг города кольца. Передним краем обороны войск ВОГ являлся так называемый внешний обвод, состоявший из секторов Северного, Западного, Южного и Восточного.

Эвакуация в частях внешнего обвода проводилась из ротных районов до медико-санитарных батальонов на носилках. Батальонные медицинские пункты усиливались врачами за счет частей, занимавших внутреннюю оборону города. Из батальонных пунктов раненые после оказания им неотложной помощи направлялись непосредственно в эвакогоспитали первой линии фронтового эвакуационного пункта, выделенные для работы в объеме медико-санитарных батальонов. Эвакуация в эти госпитали осуществлялась обычно на автотранспорте войсковых частей. Для сбора одиночно следовавших легко раненых и больных было установлено патрулирование медицинским составом со средствами эвакуации. В дальнейшем раненые и больные из эвакогоспиталей первой линии эвакуировались в специально приписанные лечебные учреждения фронтового эвакуационного пункта, расположенные во внутренних районах города.

Госпитали фронтовой госпитальной базы были подготовлены как к массовому приему раненых непосредственно с поля боя, так и к работе в условиях артиллерийского обстрела противника в са-

мом городе. Медицинское обслуживание частей внутренних секторов обороны города было построено с учетом специфических условий боевых действий внутри крупного населенного пункта. Оно и понятно. В Ленинграде к этому времени почти не было грани между фронтом и тылом. Каждый ленинградец находился на боевом посту и своим трудом помогал войскам в обороне. Поэтому санитарная служба должна была быть готовой к оказанию помощи не только военнослужащим, но и гражданскому населению.

Эти особенности потребовали от нас установления тесного взаимодействия с гражданскими органами здравоохранения и выработки слаженной и продуманной организации лечебной помощи пострадавшим от огня противника. По этому плану оказание помощи всем нуждавшимся на местах поражения проводилось подвижными медико-санитарными командами МПВО и Красного Креста с последующей эвакуацией в армейские лечебные учреждения и больницы городского отдела здравоохранения. Пути эвакуации к лечеоным учреждениям были заранее намечены и доведены до сведения медицинских учреждений, расположенных в городе. Медицинское снабжение огневых точек опорных пунктов осуществлялось аптеками эвакогоспиталей фронтового эвакопункта и лечебных учреждений Горздравотдела.

Большую помощь в организации медицинской помощи раненым воинам и гражданскому населению оказали нам гражданские органы здравоохранения и Ленинградская городская краснокрестская организация. Созданные ими команды и дружины работали в очагах поражения при артиллерийских обстрелах и бомбардировках с воздуха.

Тяжелые условия блокады отрицательно сказались на качестве как полевого, так и тылового пайка. Была нарушена система городского водоснабжения. Не было достаточно топлива. Население было лишено электроэнергии, городской транспорт — трамваи, троллейбусы и автобусы — прекратил свою работу. Все это создало благоприятную почву для всякого рода заболеваний. Среди гражданского населения стали появляться случаи истощения. Благодаря во-время принятым мерам удалось все же усилить доставку продуктов и тем самым улучшить качество и увеличить объем пайка. Это сразу же привело к значительному сокращению случаев заболевания.

Суровые условия — недостаточное питание населения, холод, непрекращавшиеся артиллерийские обстрелы и воздушные нападения врага — не сломили воли к борьбе защитников города, а вместе с ними и медицинских работников.

Четвертый этап. После тщательной подготовки наши войска 18 января 1943 г. прорвали кольцо вражеской блокады. Однако блокада не была еще целиком снята. Враг оставался у стен Ленинграда. Систематическими артиллерийскими обстрелами и бомбардировками с воздуха он нарушал нормальную жизнь города, держал его все время под угрозой нападения. Мы не могли еще в это время маневрировать полевыми лечебными учре-

ждениями. Если полковые медицинские пункты продвигались вслед за частями согласно лечебно-эвакуационному плану, то дивизионные медицинские пункты к 13 января 1943 г. смогли выдвинуть вперед только свои головные отделения, а сами продолжали еще оставаться на прежних местах дислокации. Только к 18 января основные отделения дивизионных медицинских пунктов были выдвинуты к правому берегу Невы, обслуживая свои дивизии, ведшие боевые операции.

Лечебные учреждения войскового и армейского тыла в своем большинстве продолжали еще оставаться на прежних местах. Эвакуация раненых и больных шла в основном по намеченному плану — из полковых медицинских пунктов в медико-санитарные батальоны, в полевые подвижные госпитали первой линии, а оттуда на головные отделения полевых эвакопунктов и в специализированные полевые подвижные госпитали. В этот период госпитали для легко раненых использовались главным образом как резерв и принимали все категории раненых по указанию Санитарного управления фронта.

Значительные затруднения в отношении транспорта временами создавали «пробки» в районах медико-санитарных батальонов и головных полевых эвакуационных пунктов. Быстрым введением в дело резерва Санитарного управления и максимальным использованием обратного хозяйственного порожняка удалось ликвидировать перебои в эвакуации раненых.

Местность, где происходили боевые действия, создавала дополнительные трудности для выноса раненых, и поэтому штатные санитары не в состоянии были во-время оказать первую помощь раненым и вынести их с поля боя. Нужно было опять-таки привлечь к работе вспомогательных санитаров-носильщиков из среды бойцов. В эту боевую операцию оказание первой помощи бойцами и медицинскими работниками давало следующее соотношение:

Самопомощь	Взаимопомощь	Санитаром	Санинструктором	Фельдшером	Врачом	Не установлено
10,8%	34,5%	16,6%	23,5%	5,8%	6,6%	2,2%

Несколько своеобразно происходила эвакуация раненых из частей после форсирования Невы. Каждой роте заранее было придано по 3—5 звеньев носильщиков с волокушами и средствами утепления. Эти звенья выносили раненых непосредственно до пунктов медицинской помощи, расположенных на правом берегу реки. Несколько позднее на левом берегу Невы были организованы батальонные медицинские пункты, где дежурили так называемые «ледовые группы» — в составе двух легких саней с уширенными полозьями. Это мероприятие значительно облегчило работу звеньев санитаров-носильщиков, которые доставляли раненых до батальонного медицинского пункта, находившегося уже на близком расстоянии.

Сани перевозились двумя санитарами-носильщиками на веревках, причем во избежание провалов под лед (все время обстреливаемый противником) один из носильщиков тянул сани спереди, второй шел с натянутой веревкой сзади. На участке каждого батальона работало две такие «ледовые группы», имевшие задачей перевозку раненых от левого берега до правого. Здесь раненые в определенных пунктах передавались звеньям санитаров-носильщиков, прибывавшим из головных отделений полковых медицинских пунктов.

По мере продвижения частей вперед эвакуация из батальонных медицинских пунктов на полковые проводилась на волокушах и на санях. На правом берегу раненые перегружались на авто-санитарный транспорт, доставлявший их по назначению. Так была организована эвакуация раненых через лед Невы.

Наступательные операции наших войск, поставившие перед санитарной службой новые задачи, отличные от условий работы в стабильной обороне, были в медицинском отношении вполне обеспечены. Медицинские работники сумели полностью справиться с этими задачами в смысле как качества врачебной помощи, так и сроков ее оказания. Для представления об этих сроках приводим следующие данные.

По истечении 1 часа	Через 1—3 часа	Через 3—6 часов	Через 6—12 часов	Свыше 12 часов	Не установлено
69,7%	18,9%	5,0%	3,6%	1,0%	1,8%

Пятый этап (первая половина января 1944 г.) — прорыв глубоко эшелонированной долговременной обороны немцев и ликвидация кольца блокады.

Санитарная служба фронта, имея богатый опыт в условиях стабильной и подвижной обороны, не обладала еще достаточными навыками лечебно-эвакуационного обслуживания в условиях наступательных операций. Поэтому мы внимательно изучали опыт других фронтов и знакомили с соответствующими материалами руководящие кадры санитарной службы фронта.

В первом периоде прорыва блокады медицинские учреждения армий (ППГ, ГОПЭП) были свернуты и подготовлены для следования за войсками. Личным составом этих учреждений усиливались этапы, уже работавшие в армейском районе.

Близость фронта позволила нам ограничить объем медицинской помощи на медико-санитарных батальонах оперативными вмешательствами только по жизненным показаниям. Основная же масса раненых эвакуировалась отсюда как можно быстрее на армейском авто-санитарном транспорте, усиленном фронтовыми ресурсами, непосредственно в госпитали госпитальной базы армии. Раненых со сроком лечения до 10—15 дней оставляли в армейских госпиталях для легко раненых. Дальнейшая эвакуация из сортировочных эвакогоспиталей армии осуществлялась в госпитали фрон-

тового эвакуационного пункта — мимо сортировочных эвакогоспиталей фронтовой базы.

Такая эвакуационная система позволила нам избежать многоэтапности и доставлять раненых в те лечебные учреждения, где могла быть им оказана соответствующая квалифицированная медицинская помощь.

Параллельно медицинскому обеспечению первого этапа боевых действий велась подготовительная работа к организации лечебно-эвакуационного обслуживания войск второго этапа, т. е. этапа преследования противника после прорыва его укрепленной полосы. Медицинские учреждения частей и соединений и лечебные учреждения армий были освобождены от нетабельного имущества. В армейских и фронтовых лечебных учреждениях, намеченных к движению вперед, были проведены опытные учения. Медицинские работники тренировались в развертывании и работе функциональных подразделений непосредственно в полевых условиях.

Учитывая недостаток во фронтовом районе полевых подвижных госпиталей, мы вынуждены были использовать их лишь для усиления медико-санитарных батальонов. На этом основании армейским эвакогоспиталям и части эвакогоспиталей фронтового эвакопункта, намеченным к следованию за войсками, было предложено выделить из своего состава в качестве госпитальной части головных полевых эвакопунктов по одному подвижному отделению и по сто эвакомест — специально для обеспечения погрузочных железнодорожных станций. Эти полевые отделения эвакогоспиталей были снабжены палаточным фондом и имуществом применительно к табелям дивизионных медицинских пунктов.

Для помощи армейским медицинским учреждениям в их передислоцировании часть автобусов авто-санитарной роты резерва фронта была оборудована съемными двухъярусными установками для носилок. Эти автобусы в случае надобности превращались в крытые фургоны, удобные для перевозки имущества и быстро монтируемые для эвакуации носилочных раненых.

Таковы были основные подготовительные мероприятия по обеспечению второго этапа, особенно затруднительного для санитарной службы, ибо приходилось работать в условиях лесисто-болотистой местности при крайне плохом состоянии грунтовых дорог и их значительной растянутости.

Основным замыслом плана лечебно-эвакуационного обслуживания войск являлось поддержание мобильности учреждений санитарной службы, что требовало от нас своевременного освобождения их от транспортабельных раненых.

Намеченный нами план в процессе боевой операции вполне себя оправдал. Мы имели возможность эвакуировать подавляющее большинство раненых непосредственно в госпитальную базу Фронта (до 82% всех прибывших в сортировочные госпитали Фронта было доставлено до истечения суток с момента ранения), освобождая предыдущие этапы эвакуации от раненых в соответствии со специальными указаниями, определившими объем хирургической помощи на этих этапах. При такой системе оказание

квалифицированной помощи было обеспечено вполне, и практика показала, что процент направляемых не по назначению был крайне невелик. Такое положение, конечно, оправдывалось близостью фронта от лечебных учреждений фронтового эвакуационного пункта.

Терапевтических больных эвакуировали в армейские терапевтические полевые подвижные госпитали или в терапевтические отделения госпиталей для легко раненых, в зависимости от сроков лечения.

Значительные затруднения мы испытывали в районе Ораниенбаума. Неустойчивая зима 1943/44 г. резко затруднила движение судов, проходивших в сопровождении ледокольных пароходов. Противник просматривал эти пути и все время держал их под обстрелом. Льдом залива мы почти не имели возможности пользоваться в силу его непрочности. Приходилось поэтому применять все возможные средства эвакуации. Она совершалась частично по льду, по воде, а также при помощи транспортных самолетов.

По мере продвижения войск и отрыва их от железной дороги резко затруднялась и эвакуация раненых на автотранспорте вследствие трудной проходимости грунтовых путей. И здесь опять-таки большую услугу нам оказывал обратный войсковой порожняк. По мере растягивания путей эвакуации увеличивался и объем хирургической помощи в медико-санитарных батальонах и полевых подвижных госпиталях первой и второй линии.

Особое внимание было уделено специализации коечной сети, что при наличии хороших специалистов обеспечивало высококвалифицированную медицинскую помощь по основным узким специальностям. Кроме того, специализация коечной сети способствовала сбору научных материалов по актуальным вопросам практической медицины. В специализированных госпиталях широко была организована научно-исследовательская работа по изысканию наилучших путей оперативного вмешательства при различного рода огнестрельных ранениях. Многочисленные работы посвящались применению различных бальзамов, модификации повязок, лечению ран и заживлению их при различных степенях истощения и авитаминозов.

Научные работы по военно-полевой терапии главным образом посвящались изучению клиники и терапии алиментарного истощения (рациональному питанию, показаниям к переливанию крови, а также витаминотерапии при алиментарном истощении), гипертонической болезни, инфекционных желтух, туберкулеза, патологии легких, обусловленной ранениями, и др.

Самоотверженная работа медицинских работников с первых дней войны, и особенно в тяжелые блокадные месяцы, позволила вернуть в строй за два года войны 79% из числа поступивших на излечение раненых и больных.

Значительный интерес представляет организация санитарно-эпидемиологического обеспечения войск Ленинградского фронта на различных этапах. Но мы умышленно не останавливаемся на этом вопросе, ибо он подробно рассмотрен в статье главного эпи-

демиолога фронта полковника медицинской службы С. Б. Виковского.

Особое место в работе санитарной службы фронта занимает медицинское снабжение. Несмотря на то, что во время блокады фронт был почти лишен возможности получения медицинского имущества из тыла страны, все же войсковые, полевые и фронтовые медицинские учреждения обеспечивались всем необходимым без перебоев и в полном объеме. Этим мы прежде всего обязаны работникам медицинского снабжения нашего фронта, которые сумели в максимально быстрые сроки организовать массовое производство необходимых предметов медицинского имущества.

Усилиями партийных и советских организаций ленинградские фабрики, заводы и артели в кратчайшие сроки изготовляли нам в достаточном количестве дезинфекционные камеры, уральские бани, дезинсекторы, освоили производство препарата К, антипаразитарных средств, никотиновой и аскорбиновой кислоты, иодной настойки, волокуш и много других видов медицинского имущества и медикаментов.

Несколько слов о кадрах. Те успехи, которые мы имеем в лечебно-эвакуационной работе, прежде всего объясняются подготовкой медицинских кадров и их правильной расстановкой. С первых же дней войны медицинские работники по специальному плану повышали свою квалификацию. Формы и методы специальной подготовки и повышения квалификации врачей широко варьировали в зависимости от состава групп, местных условий и типа лечебных учреждений, на базе которых эта работа проводилась.

Наряду с лекциями и беседами, тактическими учениями в поле, многие врачи привлекались к практической работе по специальности в госпиталях фронта. Большую услугу в повышении квалификации наших кадров оказали тематические сборы и научные конференции, которые проводились во всех полевых армейских и фронтовых лечебных учреждениях. За два года войны по актуальным вопросам военно-полевой хирургии, терапии и другим специальностям проведено 12 фронтовых конференций, 10 армейских, 968 госпитальных. На всех этих конференциях было сделано 1926 докладов.

В войсковом районе основной учебной базой для занятий со средним и старшим медицинским составом является медико-санитарный батальон, а для рядового младшего медицинского состава полков — полковой медицинский пункт.

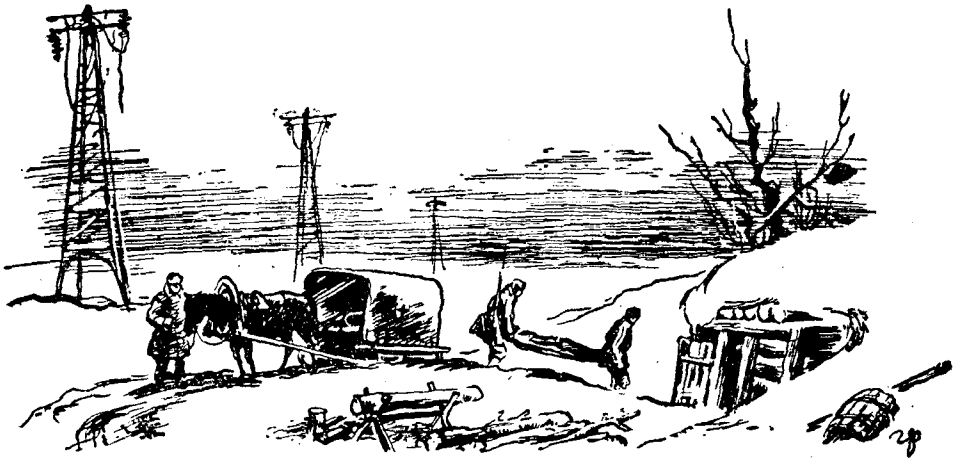
В армейском районе в качестве центра для повышения квалификации выделялись лучшие лечебные учреждения, где подготовка проводилась под руководством ведущих специалистов.

Подготовка и повышение квалификации руководящих специалистов и санитарных начальников во фронтовом районе проводятся в госпиталях фронтового эвакуационного пункта, а также на курсах усовершенствования медицинского состава.

Много внимания уделялось и обобщению опыта войны. Медицинскими работниками Ленинградского фронта опубликовано

и подготовлено к печати более 1300 работ. Из них 69 — по организационным вопросам, 684 — по военно-полевой хирургии, 312 — по военно-полевой терапии, 176 — по военной гигиене и эпидемиологии и больше 100 — по вопросам практической медицины.

В заключение необходимо отметить ту большую помощь, которую оказывало нам население города Ленина. В трудные дни блокады истощенные и усталые ленинградцы после работы на фабриках и заводах спешили в госпитали, чтобы ухаживать за ранеными, помогать медицинскому составу в создании необходимого уюта, обеспечивать раненых водой, чинить и ремонтировать их белье и обмундирование, организовать их культурное обслуживание.



П. А. КУПРИЯНОВ,
генерал-майор медицинской службы,
заслуженный деятель науки

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ЛЕНИНГРАДСКОМ ФРОНТЕ

ГЛАВНОЙ задачей в организации хирургической помощи раненым является определение и выполнение такого объема помощи, осуществление которого, с одной стороны, было бы обеспечено наилучшим образом для главнейшей части раненых, а с другой — не препятствовало бы реализации санитарно-тактического плана при развитии общего плана боевой операции.

Само собой разумеется, что намерение оказать исчерпывающую хирургическую помощь всем раненым, нуждающимся в ней, остается доминирующим в размышлениях хирурга, ответственного за организацию хирургического дела. Но именно ответственность за оказание помощи главнейшей массе раненых, и в конкретных, а не отвлеченных условиях, обязывает подчинить это намерение той обстановке, в которой наилучшим образом достигаются цели и разрешаются задачи, поставленные командованием перед действующими армиями и фронтом. Ясно, например, что при необходимости быстрой и частой передислокации медсанбатов в наступательной операции стремление оказать исчерпывающую квалифицированную помощь в полном объеме привело бы к тому, что дивизия практически не имела бы своего «хирургического центра»: медсанбат, переполненный оперированными и нетранспортабельными, не в состоянии был бы следовать за своей наступающей дивизией. Такое положение станет очевидным, если принять во

внимание, что медсанбаты многократно имели необходимость передислоцироваться по два раза в течение трех суток.

Другое положение создается в наступательной же операции, но когда задачи ставятся ограниченно и не предполагается значительного и быстрого продвижения.

Из этого следует, что объем хирургической помощи в медсанбате и соответственно на последующих этапах эвакуации не может быть установлен стандартно. Определяется он не только возможностями данного учреждения (кадры, степень оборудования и пр.), но главное — перспективами и реализацией задач и целей, которые ставятся перед действующей дивизией, армией. В одной и той же армии задачи дивизий могут быть и бывают различны, различны и эвакуационные возможности и пр. Поэтому и объем помощи в медсанбате одной и той же армии не может быть одинаков. Больше того, объем помощи для одного и того же медсанбата может меняться на протяжении одной и той же боевой операции.

Во всех условиях одно остается неизменным, или по крайней мере должно оставаться неизменным: выделение потока легко раненых и эвакуация по назначению, для оказания специализированной помощи, в первую очередь с ранениями центральной нервной системы, челюстей, глаз, ЛОР-органов.

Я думаю, что в условиях Отечественной войны каждый ответственный хирург испытал в своей практике, что положение В. А. Оппеля: «Раненый получает такое хирургическое пособие, тогда и там, где и когда в таком пособии обнаружена необходимость. Раненый эвакуируется на такое расстояние от линии боя, какое наиболее выгодно для его здоровья», — продиктовано исключительно медицинскими соображениями и никак не предусматривает условий, в которых следование этому положению может привести к исключению помощи основной массе раненых, а очень часто и вообще неосуществимо. Необходимость в пособии раненому обнаруживается в медсанбате несомненно, например, при условии ранений живота, но не всегда и не во всех случаях раненных в живот мы оперируем в медсанбате.

Что касается «расстояния от линии боя», наиболее выгодного для раненого, то мало того что это понятие относительно: оно не может быть распространено на все категории раненых без ущерба интересам армии вообще (например возвращение в строй «армейских» контингентов) и военно-медицинской службы в частности, если реально оценить возможность транспортировки и пр. Следовало бы начать с того, что практически это невозможно.

В организации военно-медицинской службы, и в частности хирургической помощи, общепризнанным злом является «многоэтапность». Если она наблюдается, то, несомненно, это — дефект плана лечебно-эвакуационного обеспечения, особенно при неглубоком тыле. Однако не всегда «многоэтапность» есть безусловное «зло». Например в наших условиях бывали такие положения, при которых, казалось, следовало бы раненых, прибывающих с фронта,

доставлять на армейском же транспорте непосредственно в учреждения фронтового тыла. Однако бывало, что мы отказывались от этого по той причине, что такое положение привело бы к задержке возврата транспорта в войсковой район.

В настоящей статье я не имею в виду излагать организацию хирургической работы во всех условиях, в которых оказывался Северный, затем Ленинградский фронт. Первый период — подвижной обороны — вероятно имеет много черт, общих с другими фронтами. На разных участках фронта в то время были различные условия, в зависимости от которых одним полевым учреждениям мы определяли полный объем помощи, на других участках мы вынуждены были оставить за МСБ оказание хирургической помощи только экстренной срочности, ограничиваясь в отношении остальных раненых подготовкой их к эвакуации.

Когда наши войска стянулись к Ленинграду, МСБ расположились на окраинах города и частью на его улицах. Полевые и армейские госпитали вошли в общую сеть фронтового эвакопункта. В связи с таким положением объем и характер хирургической деятельности в этих учреждениях изменился. Часть МСБ выделила головные отделения, с задачей оказания в них хирургической помощи экстренной срочности, подготовки к эвакуации и сортировке, а на основные отделения была направлена эвакуация легко раненых. В это время предвиделась необходимость оказания помощи во время уличных боев. С этой целью эвакогоспитали Ленинграда развернули приемно-сортировочные отделения, причем прием раненых предусматривался непосредственно из боя.

Фронтовые сортировочные госпитали в этом периоде представляли собой по характеру и объему работы огромные МСБ со всеми свойственными ДМП функциями и принимали раненых в значительной части непосредственно из полков, а частью из МСБ.

31 августа 1941 г. эвакуация раненых из Ленинграда практически прекратилась, а напряженность поступления их не ослабевала. Для того чтобы обслужить главнейшую массу раненых в возможно благоприятные сроки, сортировочным госпиталям были приданы все наличные группы усиления и авто-хирургические отряды, бывшие тогда в нашем распоряжении. Кроме того, из сортировочных госпиталей в периоды наибольшего поступления раненые, нуждающиеся в неотложной помощи (второй срочности), а также и по показаниям первой срочности, направлялись в эвакогоспитали, приписанные в качестве филиалов на такой случай к сортировочным госпиталям.

В последующем, когда положение на фронте стабилизировалось, объем хирургической помощи в учреждениях войскового и армейского районов был расширен. В армиях организованы были госпитальные базы и госпитали для легко раненых. В эвакогоспиталях госпитальных баз армий были созданы отделения для нейрохирургических раненых, для челюстно-лицевых, для раненных в глаза и ЛОР-органы. Это явилось следствием того, что

хотя положение на фронте и стабилизовалось, но активные боевые действия непрерывно продолжались, развиваясь в отдельные местные операции, иногда имевшие значительные масштабы. Успешность действий наших войск привела к возможности вывести МСБ из города и организовать армейские тылы. Некоторые МСБ располагались в подвалах зданий на окраине города, другие размещались, как правило, в палатках или, смотря по обстоятельствам, в землянках-блиндажах.

ППГ первой линии находились в подобных же условиях, а ППГ второй линии и эвакогоспитали ГБА располагались в зданиях и имели все необходимое для обслуживания раненых.

Условия для эвакуации во все время блокады были благоприятны, за исключением участков фронта, на которых трудности заключались в преодолении широкой водной преграды (Нева). После завершения операции прорыва блокады Ленинграда протяженность эвакуационных путей увеличилась. Особенно это относится к левому флангу, отличавшемуся крайней неблагоустроенностью дорог, проходящих почти сплошь по болотистой местности.

ДМП дислоцировались на расстоянии 2—8 км от ПМП.

Общее представление о хирургической деятельности МСБ можно получить из следующих средних данных: произведено операций (в процентах к числу лечившихся) — 106,9, оперировано раненых — 54,4.

Однако эти сведения имеют условное значение потому именно, что они являются средними. В них нивелированы особенности работы МСБ в условиях обороны и наступательных операций.

Если принять во внимание сказанное выше о различном объеме хирургической помощи, который определялся в зависимости от общих условий боевой операции, то следует признать, что отклонения от этих средних могут быть значительные. Медико-санитарные батальоны выполняли значительную часть работы по оказанию квалифицированной хирургической помощи раненым. Из дальнейшего будет видно, что эта активность остается довольно высокой и в условиях наступления при быстрых перемещениях МСБ на значительные дистанции: в соответствии с указаниями по объему помощи меняются лишь контингенты оперируемых раненых. Наступательные операции, которые развивались, не сопровождались значительными передвижениями наших учреждений (исключая наступление в январе 1944 г.), что благоприятствовало развертыванию хирургической работы и в этих условиях.

Деятельность ХППГ начиная с января 1943 г. (прорыв блокады) весьма приближалась по своему характеру к работе МСБ, так как по существу и по дислокации своей они являлись госпиталями первой линии. Количество раненых, оперированных в них, достигало 42%. Они принимали наиболее тяжело раненых, преимущественно полостных и нуждавшихся в длительной госпитализации.

Учреждения госпитальной базы армии во время активной обороны содержали «армейские» контингенты раненых, заканчивав-

ших свое лечение в пределах армии. В госпиталях тогда довольно широко практиковались оперативные вмешательства по вторичному закрытию ран. Поэтому количество операций в них достигало 35% к числу лечившихся, при минимальной смертности, относившейся за счет тяжело раненых, поступавших при артиллерийских обстрелах непосредственно в госпитали.

Госпитальная база нашего фронта должна быть отнесена, несомненно, к числу наиболее мощных как в отношении оборудования, кадров и пр., так и в численном выражении. После тяжелых условий зимы 1941/42 г. госпитали восстановились, и в них были обеспечены все условия для благоприятной и успешной хирургической работы. Были возможности — и они использовались — в отношении специализации госпиталей. Кроме функционировавших с начала войны специализированных эвакогоспиталей для раненных в центральную и периферическую нервную систему, челюстно-лицевых госпиталей и отделений для раненных в ЛОР-органы, были созданы госпитали для раненных в грудную клетку, живот, для урологических, для раненых с повреждениями суставов, с переломами крупных костей, специально для раненных в кисть, в стопу и для нуждающихся в реставрационных операциях.

Объем работы госпиталей ФЭП вообще наиболее постоянен, и особенно для ленинградского ФЭП, в госпиталях которого раненые в значительном числе оставались до конечного излечения. Однако особые условия фронта, допускавшие широкую возможность использования госпитальной базы фронта для направления в нее раненых непосредственно из войскового района, сказывались на объеме и характере хирургической деятельности госпиталей.

Во время боевых операций повышалось количество раненых, оперированных в эвакогоспиталях. Так, например, если в «спокойный» период количество оперативных вмешательств к числу лечившихся составляло максимум 48% (включая и повторные вмешательства по поводу осложнений), то в период боев по прорыву блокады количество операций составляло 66,5%.

Я уже указывал, что в госпиталях ФЭП предусматривалась необходимость приема одновременно значительных количеств «необработанных» раненых. Для этой цели многие эвакогоспитали имели хорошо оборудованные приемно-сортировочные отделения со своими перевязочно-операционными на 6—12 столов. Мы неоднократно испытывали их возможности в этом отношении и остались удовлетворенными. Это дало нам основание во время прорыва обороны противника ограничить объем хирургической помощи в МСБ только оперативными вмешательствами по жизненным показаниям и подготовкой раненых к эвакуации с тем, чтобы основную массу раненых, нуждающихся в хирургической обработке, направить непосредственно в фронтовые СЭГ и в специально для этого выделенные эвакогоспитали. При этом была предусмотрена сортировка, обеспечивавшая поступление раненых в госпитали соответственно их профилю. Благодаря этому МСБ

и ХППГ первой линии не были загружены и сохраняли способность незамедлительно следовать за войсками.

В дальнейшем развитии операции, когда пути эвакуации удлинились, ХППГ принимали преимущественно тяжело раненых и требующих более длительной госпитализации после оперативных вмешательств. Мы освободили, например, МСБ от операции при ранении живота, если дело не касалось кровотечений или выпадения внутренностей, но считали необходимым оперировать в МСБ раненных в грудь с открытым пневмотораксом. По мере удаления фронта от Ленинграда развертывались и приобретали свое хирургическое лицо госпитальные базы армий. Из их состава, а при необходимости и из состава ГОПЭП, выделялись госпитали, в которых оказывалась специальная хирургическая помощь (нейрохирургическая, челюстно-лицевая, офтальмологическая, ЛОР) силами приданных специальных групп усиления из состава ОРМУ.

Здесь следует упомянуть о положительном опыте использования терапевтических ППГ. В согласии с главным терапевтом фронта мы рекомендовали дислоцировать терапевтические ПГ на одной площадке с ХППГ. Мы до этого еще убедились в том, что опытный терапевт превосходно обеспечивает в послеоперационном периоде уход за раненными в живот и в грудь. Терапевт нашел здесь свое надлежащее место и освободил хирурга для работы в хирургическом блоке. Такое положение не исключает, а наоборот, предполагает участие хирурга в лечении этих раненых, но он имеет надежного врача, обеспечивающего квалифицированное лечение, наблюдение и уход. ТППГ, дислоцированные «встык» с ХППГ, становились своего рода госпитальным отделением хирургического госпиталя, в которое направлялись раненые после операции по поводу ранений живота и груди. Само собой разумеется, что ТППГ не может быть полностью использован для этих целей, ибо терапевтические больные имеются и в период боев. При необходимости передислокации ХППГ не связан нетранспортабельными в такой степени, которая определяется наличием раненных в живот и с осложнениями со стороны легких. Однако было бы неправильно рассматривать ТППГ как своеобразный коллектор для нетранспортабельных. При таком понимании вещей он быстро отстанет от ХППГ и утратит свою ценность и как терапевтический госпиталь, и как госпитальное отделение хирургического. Он вскоре окажется вне путей эвакуации и будет выключен вообще из работы, если не будет поставлено за правило (так было, к сожалению, в одной из армий) заботиться об его передислокации на общих условиях и основаниях с ХППГ первой линии. Если ТППГ остается, хотя бы и на короткий срок, в отрыве от ХППГ, последний должен выделить хирурга и все необходимое для обслуживания оставляемых раненых (см. статью проф. Э. М. Гельштейна).

Одна из армий фронта вначале не имела возможности базироваться на Ленинград. Эвакуация раненых из этой армии в Ленинград стала возможна лишь спустя некоторый срок, в течение которого раненые концентрировались в госпитальной базе армии, в со-

ставе которой были выделены специализированные госпитали и имелись ГЛР.

Таким образом, если из всех других армий мы имели возможность довольно длительное время направлять раненых непосредственно в Ленинград, в том числе (это особенно существенно) и раненных в голову, живот, урологических и пр., и оставлять МСБ свободными, то и в этой армии были созданы условия, в миниатюре копирующие Ленинград, по крайней мере на протяжении первых дней операции.

Я пользуюсь материалами, относящимися к одной армии, чтобы несколько охарактеризовать хирургическую деятельность в период боев за полное освобождение Ленинграда от блокады.

Представляет интерес сопоставление некоторых данных, относящихся ко времени работы учреждений войскового района в условиях активной обороны и в условиях стремительного, с боями, продвижения войск (табл. 1).

Таблица 1

	МСБ		ХППГ 1-й линии		ГБА		ФЭП	
	активная оборона	N-ская армия в наступлении	активная оборона	N-ская армия в наступлении	активная оборона	N-ская армия в наступлении	активная оборона	наступление в январе—феврале 1944 г.
	в процентах							
Произведено операций к числу поступивших	106,9	91,9	24,8	24,2	28,2	6,0	63,9	55,6
Оперировано раненых к числу поступивших	54,4	51,6	9,2	15,0	16,0	3,6	27,9	28,6
Осложнения анаэробной инфекцией к числу поступивших	0,3	0,1	0,4	2,9	0,2	0,8	1,7	0,9
Ампутации в процентах к числу случаев анаэробной инфекции	65,8	60,7	79,2	33,0	80,2	50,0	58,8	39,3

Рассмотрению этих данных следует предпослать существенное, на мой взгляд, замечание. В период активной обороны осколочные ранения всех видов значительно преобладают над пулевыми. Первые дни наступления характеризуются увеличением числа осколочных — минометных и минных ранений (преодоление минных полей), а затем увеличивается количество пулевых ранений (до 40—45% к общему числу ранений) и уменьшается количество множественных ранений. Это особенно заметно в период преследования отступавшего противника. Соответственно уменьшилось количество тяжело раненых, количество шоков и пр. В этом освещении понятно уменьшение числа операций по отношению к количеству поступавших раненых — меньше множественных ранений.

Количество оперированных раненых в МСБ уменьшилось немного и увеличилось в ХППГ первой линии почти в два раза —

это явилось прямым следствием выполнения того объема помощи, который был указан медсанбатам, и той роли, которая была определена для ХППГ первой линии. Это же положение особенно сказывается в цифрах, указывающих на количество осложнений анаэробной инфекцией в МСБ и в ХППГ. В ХППГ и в ГБА задерживались раненые с этим тяжелым осложнением, а вследствие этого в ЭГ ФЭП в разбираемую наступательную операцию количество случаев анаэробной инфекции составило 0,9% против 1,7%, наблюдавшихся в период активной обороны.

Ленинградские госпитали, как сказано выше, в первые дни боев несли, по существу, функции учреждений войскового района, и, конечно, это сказалось на общей характеристике контингентов раненых и исходе лечения. Это положение иллюстрируется данными, относящимися к шоку на различных этапах эвакуации (табл. 2).

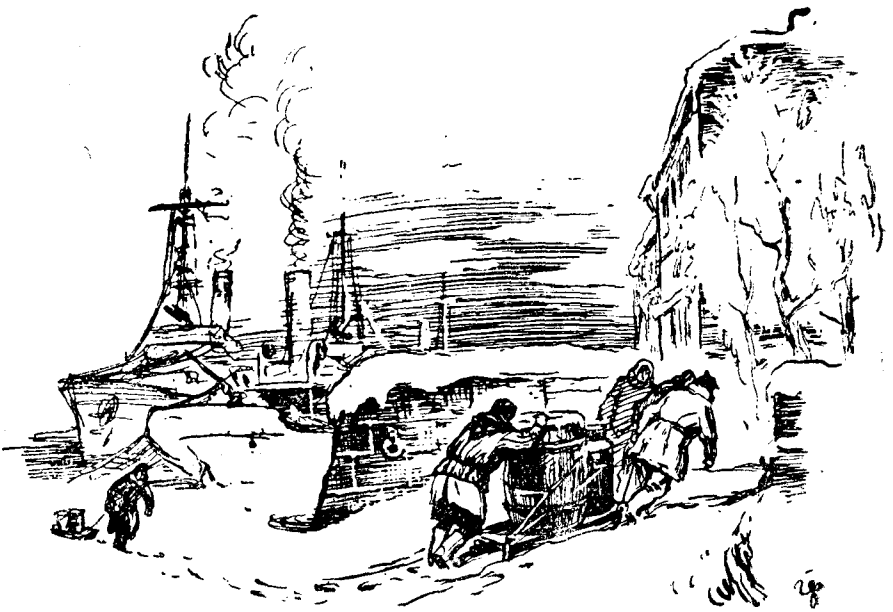
Таблица 2

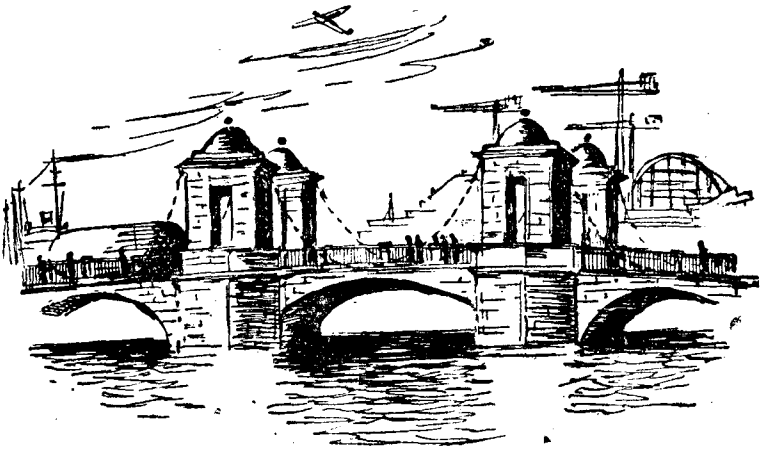
	МСБ		ХППГ		ГБА		ФЭП	
	активная оборона	N-ская армия в наступлении	активная оборона	N-ская армия в наступлении	активная оборона	N-ская армия в наступлении	активная оборона	наступление в янв.—фев. 1944 г.
Осложнения шоком в процентах к числу поступивших	4,7	4,7	1,4	0,9	0,4	0,1	0.1	0,2

Что осложнений шоком было меньше — в этом нет сомнений, но и протекали они легче. Ленинградские госпитали только в первые дни приняли много шоковых раненых. В МСБ, если принять только процентные отношения, количество случаев шока в наступлении оказалось точно равным их количеству в оборонительной операции. Надо принять во внимание, что в МСБ на протяжении почти всей боевой операции хотя и оставались наиболее тяжело раненые (нетранспортабельные), главная масса все же следовала на ХППГ первой линии. Поэтому процентное отношение, так сказать, искажено иными, чем в обороне, соотношениями между категориями тяжело и легко раненых.

Я не считаю возможным сопоставлять и рассматривать данные по исходу при ранениях в различные области тела, относящиеся соответственно к периодам активной обороны и наступления, прежде всего потому, что исход лечения последнего периода еще не определился и данные эти не могут быть даже приблизительно точными. Это тем более так потому, что в период блокады города мы имели возможность (необходимость!) доводить лечение до решающего исхода, тогда как в последующее время значительное число раненых, способных перенести эвакуацию в тыл страны, выбывало за пределы фронта. Тем самым основательно меняются численные отношения.

Ленинградский фронт долго находился в положении хотя и активной, но все же стабильной обороны. Отдельные наступательные операции, иногда имевшие значительный масштаб, приучали нас к будущему наступлению крупного масштаба, но ленинградские хирурги войскового и армейского тыла и фронтовых учреждений все же не имели надлежащего опыта работы в условиях быстрого продвижения армий, преследующих врага. Готовясь к боям под Ленинградом, мы учились у наших товарищей, на долю которых выпал почет участия в блестящих победах на пути от Сталинграда до Румынии.





Э. М. ГЕЛЬШТЕЙН
Полковник медицинской службы, заслуженный деятель науки

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ЛЕНИНГРАДСКОМ ФРОНТЕ

ПЕРВУЮ квалифицированную терапевтическую помощь раненые получают в дивизионном звене войсковой санитарной службы — медсанбате. Здесь всю работу выполняет командир госпитального взвода, хотя в ряде медсанбатов и ординатор этого взвода сохранил свой терапевтический профиль и продолжает его совершенствовать. Мы настойчиво осуществляем положение, при котором командир госпитального взвода является дивизионным терапевтом, функцию какового он особенно широко выполняет в межбоевой период. В это время он систематически (обычно согласно определенному календарному графику) бывает на полковом медицинском пункте, консультирует с полковыми врачами стационарных и амбулаторных больных, руководит всей лечебно-профилактической работой полковых врачей, уделяя особое внимание инфекционным болезням и наиболее часто наблюдающимся в данное время заболеваниям органов, например: желудочно-кишечным заболеваниям, так называемым простудным болезням, нарушениям общего питания, туберкулезу и др.

Командир госпитального взвода активно участвует в ежемесячных осмотрах личного состава подразделений, и там, где этим осмотрам уделялось серьезное внимание, они имели большое значение в смысле предупреждения заболеваний.

Полковые врачи в межбоевой период систематически посещали

медсанбат, бывали на обходах больных, периодически работали в терапевтическом стационаре и тем самым пополняли свой опыт в области внутренних болезней.

В период блокады с его значительной заболеваемостью и нарушениями общего питания на долю полковых медицинских пунктов выпала большая работа. Зарытые в землю невдалеке от неприятеля (в 1—1,5 км от переднего края) полковые пункты «разбухали» в целые лазареты. Здесь часто создавались своеобразные «дома отдыха», которые выполняли большую профилактическую работу. Здесь готовили хвойный настой по всем правилам, обеспечивающим высокую концентрацию витамина С, что ежедневно контролировалось специальными лабораторными исследованиями. Уже на полковом пункте начиналось лечение острых заболеваний (гастроэнтеритов, пневмонии, малярии), а также авитаминозов.

Командир госпитального взвода в межбоевой период руководил терапевтическим стационаром медсанбата, где задерживались больные со сроком лечения до двух недель, вел инфекционных больных в изоляторе, куда больной попадал, обязательно минуя приемно-сортировочную палатку. Выполняя свои обязанности дивизионного терапевта, командир госпитального взвода вел повседневный учет заболеваемости в дивизии, изучал причины этой заболеваемости и по крайней мере раз в декаду сообщал армейскому терапевту о динамике наиболее распространенных заболеваний и мерах, принятых для предупреждения последних. Мы обязали наши медсанбаты вести ежемесячную диференцированную отчетность по специально разработанной форме — «дополнению к 10 ОВВ»; она полностью оправдала себя на деле.

Очень большую работу проводил командир госпитального взвода в тяжелые месяцы блокады, когда стационар медсанбата значительно расширился. Нары в благоустроенных землянках давали бойцам, ослабевшим из-за жестоких, обусловленных блокадой лишений, покой и тепло, игравшие роль эффективных лечебных факторов.

В то же время терапевты госпитальных взводов медсанбатов деятельно готовились к боевым операциям, а когда наступили бои, они успешно продемонстрировали плоды этой подготовки.

Во время боевых операций командир госпитального взвода вместе с ординатором вел весь стационар медсанбата, превращавшийся в первую очередь в послеоперационный для раненных в грудь и живот. По возможности, выделялись отдельные палатки ДПМ для раненных в грудь, в живот, для раненых с анаэробной инфекцией.

Так было во время многочисленных боевых операций местного значения в течение 1942—1943 гг., во время всего периода боевых операций прорыва блокады в январе 1943 г. и на первом этапе боев за полное освобождение Ленинграда в январе 1944 г. Командир госпитального взвода вместе с ординатором вполне справлялись с послеоперационным стационаром, целиком освобождая хирургов для работы в операционной, по сортировке и лишь обра-

щаясь к ведущему хирургу за систематической консультативной помощью.

Больше того, во многих медсанбатах, если не в большинстве их, организация шоковых палаток, контроль за их работой, руководство лечением шоковых больных — все это также осуществлялось командиром госпитального взвода. Однако, разумеется, успешная работа шоковой палатки может быть обеспечена лишь там, где налицо неослабное внимание руководящего хирурга к каждому поступившему в состоянии шока.

После первого этапа боев за полное освобождение Ленинграда, во время преследования отступавшего противника, медсанбаты, естественно, изменили характер работы. Теперь госпитальные палатки либо вовсе не развертывались, либо функционировали в редуцированном виде. Послеоперационные стационары действовали преимущественно в полевых подвижных госпиталях.

Возник вопрос о наиболее целесообразном использовании терапевтических полевых подвижных госпиталей во время активных боевых операций. Эти госпитали, как правило, располагались в ближайшем соседстве с головным полевым эвакопунктом, который загружался потоком раненых и часто был не в состоянии обеспечить квалифицированную сортировку терапевтических больных. Поэтому последние, не задерживаясь на нем, направлялись сразу в терапевтический госпиталь, где осуществлялась требуемая сортировка, задержка нетранспортабельных, больных с короткими сроками лечения и дальнейшая эвакуация по назначению. При всем этом терапевтический госпиталь оказывался незаполненным даже в объеме своих штатных коек, тогда как практика показывала возможность его загрузки не менее чем вдвое против штатной мощности. Поэтому терапевтические госпитали взяли на себя и функцию послеоперационного стационара для раненных в грудь и живот, принимая их в соответствующие палатки непосредственно из операционной размещенного впритык хирургического полевого госпиталя. Уже теперь можно сказать, что этот опыт вполне себя оправдал, причем основная «терапевтическая» функция госпиталя нисколько не страдала. Таким образом в войсковом районе терапевты активно помогали хирургам в лечении раненых.

То же имело место и на госпитальной базе фронта. Здесь в каждом хирургическом госпитале активно работал старший терапевт, причем наиболее плодотворная его работа протекала опять-таки в тех госпиталях, где сосредоточивались раненные в грудь. В специализированном «грудном» госпитале фронтового эвакопункта терапевты, помимо повседневной практической работы, внедрили современные сложные методы исследования функции сердца (электрокардиографию), гемодинамики, газообмена, эффективные не только в смысле научной разработки ряда проблем, но и в целях диагностики, показаний к сложным оперативным вмешательствам (на легких, сердце) и контроля за результатами хирургических операций.

Такова одна из характерных сторон работы терапевтов на нашем фронте, а именно — максимально содружественная работа с хирур-

гами. Благодаря этому в настоящее время терапевты совместно с хирургами активно разрабатывают проблемы сепсиса и шока, а во время последних боев функционировала фронтовая шоковая бригада, составленная исключительно из терапевтов.

До начала наступательных боевых действий терапевтическая помощь в значительной степени была у нас связана с «блокадной» и «послеблокадной» патологией. Специфические условия Ленинградского фронта привели в первый год войны к значительной заболеваемости. В борьбе с ней терапевты проделали большую работу. В тяжелейшие месяцы 1941—1942 гг. они оказывали практическую помощь заболевшим, проводили профилактические мероприятия, сводившиеся к контролю за расходованием продуктов питания, к наиболее рациональному их использованию, к максимально возможному регулированию режима труда и отдыха. В то же время, несмотря на исключительные трудности, они научно осмысливали и обобщали свои наблюдения, сделав их достоянием врачей всего Советского Союза.

Специальная болезнь, обусловленная недостаточным питанием, получившая у нас название «алиментарного истощения» или «алиментарной дистрофии» — не новая болезнь. Но представления о ее сущности у многих врачей были весьма хаотичны. Большой разнобой существовал в терминологии, а следовательно и в документации. Некоторые придерживались старых довоенных терминов — «отечная болезнь», «безбелковые отеки», и очень тяжелые формы заболевания, протекавшие без отеков, не распознавались во-время, а как раз эти формы протекали особенно тяжело и требовали к себе самого пристального внимания. Другие рассматривали болезнь как авитаминоз и обращали больше всего внимания на лечение витаминами, не получая при этом положительных результатов.

В ноябре 1941 г. начали регистрировать первые случаи алиментарной дистрофии, а через два месяца, т. е. в январе 1942 г., была созвана фронтовая конференция терапевтов, посвященная этому вопросу.

Это был самый тяжелый месяц блокады. Госпитали и другие лечебные учреждения фронта не имели тогда возможности углубленно обследовать своих больных, ибо лаборатории, рентгеновские кабинеты, прозектуры не функционировали. Конференция подвела итоги наблюдениям врачей, выработав единый и правильный подход к распознаванию, клинике, профилактике и лечению алиментарного истощения. Все сошлись на том, что белковое голодание является основным патогенетическим звеном алиментарного истощения, и это положение легло в основу профилактики и лечения.

Биохимические исследования стали возможны значительно позднее. Оказалось, что в первую очередь обнаруживаются нарушения углеводного обмена, солевого: в крови уменьшается содержание сахара, поваренной соли. Лишь позднее уменьшается количество белков крови, но гипопротеинемия держится наиболее долго, наиболее упорно. Именно белковое голодание организма является тем основным звеном, которое тянет за собой всю слож-

ную цепь многообразных расстройств организма, нарушений гормонообразования, функций сердечно-сосудистой системы, эндокринного аппарата, желудочно-кишечного тракта, нервной системы, различных видов обмена и т. д.

Алиментарная дистрофия повлекла за собой ряд закономерных осложнений. Падение иммунобиологической сопротивляемости повлекло за собой склонность к вторичной инфекции. Отсюда — неспецифические воспалительные процессы в дыхательных путях, которые при наличии более или менее значительных легочных ателектазов вели к развитию пневмоний. Падение иммунобиологической сопротивляемости при наличии секреторных и двигательных нарушений желудочно-кишечного тракта создавало благоприятные условия для осложнения дизентерией, которая тоже протекала часто атипично. Зимняя вспышка дизентерии в 1942 г. начала затухать как раз в то время, когда в связи с улучшением питания заболеваемость алиментарным истощением пошла отчетливо на убыль.

Очень поучительно взаимоотношение алиментарной дистрофии и авитаминозов. В течение первых восьми месяцев войны у нас не было цынги, хотя четыре месяца из этих восьми (ноябрь 1942 г. — февраль 1943 г.) были периодами максимальной заболеваемости нарушениями общего питания. В марте 1942 г. наступает некоторый рост заболеваемости цынгой, в апреле эта заболеваемость достигает максимума. Между тем в течение ряда месяцев рацион был крайне беден витамином С. Такое «запоздалое» появление цынги нужно объяснить тем, что в условиях пониженного обмена понижено и потребление аскорбиновой кислоты, и организм долго обходится своими запасами, крайне экономно расходуемыми. О наличии таких запасов говорят интересные наблюдения майора медицинской службы Шермана, показывающие, что при экссудативных плевритах в экссудате определяется значительно большее количество аскорбиновой кислоты, чем у тех же больных в сыворотке крови. Еще нужно указать, что у упитанных цынга проявлялась раньше и более отчетливо, чем у лиц с пониженным питанием.

В борьбе с цынгой наглядно сказалось большое значение организационных мероприятий, благодаря которым ее вспышки были ликвидированы в очень короткие сроки. Был проведен поголовный осмотр личного состава, показавший неравномерную заболеваемость цынгой и выявивший отдельные группы, среди которых в первую очередь и сосредоточилась работа по ликвидации цынги. Повторные осмотры давали возможность следить за динамикой заболеваемости и эффективностью мероприятий. Специальные фронтовой и армейские сборы терапевтов, а также напечатанные «Указания по профилактике и лечению цынги» помогли установить в лечебных учреждениях единый подход к диагностике цынги, определению стадий, осложнений, установлению терапевтической дозировки витамина С в зависимости от тяжести заболеваний, эвакуационной характеристики. Особым приказом командования фронта была осуществлена двухнедельная профилактическая витаминиза-

ция удвоенной дозой, т. е. двумя человекодозами витамина в день, после чего проводилась обычная витаминизация. В осно ном использовался хвойный настой и в меньшей степени проросш горох, при систематическом химическом контроле концентраці аскорбиновой кислоты в настое.

Достигнув максимума в апреле 1942 г., заболеваемость цынго дала резкое снижение уже в мае, а в июне мы наблюдали лиш ничтожное количество новых заболеваний. Эффективность леч ния в некоторых госпиталях фронтового эвакуационного пунк видна из того, что в течение сорока дней они возвращали в част 82,5% по отношению к числу лечившихся.

Заболеваемость другими авитаминозами была незначительн Случаев авитаминоза А было очень мало, гораздо меньше, че в довоенное время. Больных с типичными проявлениями авитам ноза B_1 также было мало. У большей части можно было предп лагать здесь «эндогенный авитаминоз», т. е. авитаминоз, обусловле ный нарушениями всасывания витамина в желудочно-кишечно тракте, так как клинические признаки авитаминоза B_1 отмечали исключительно у тех, кто длительно болел алиментарной дистр фией. Поэтому мы рассматривали проявления авитаминоза B_1 к осложнение алиментарной дистрофии. Больные с авитаминозом стали наблюдаться в мае—июне 1942 г., т. е. через семь—восем месяцев после начала волны заболеваемости алиментарной дистр фией.

Еще позднее появились больные (их было несколько больш с авитаминозом B_2, т. е. с пеллагрой. Однако если даже включи сюда более старые хронические формы, то количество таких бол ных по всему фронту исчислялось как за 1942, так и за 1943 лишь десятками случаев. Специальное совещание терапевто посвященное пеллагре, с демонстрацией больных, научило враче диагносцировать это заболевание, а специфическое лечение ник тиновой кислотой оказалось очень эффективным.

К «блокадной» патологии нужно отнести и ту вспышку лего ного туберкулеза, которая имела место весной—летом 1942 ибо в основе этой вспышки лежали главным образом обусловле ные блокадой нарушения общего питания. Тяжелое течение тубе кулеза, недостаточная эффективность терапевтических мероприят стояли в связи не только с крайним понижением иммунобиологич ской сопротивляемости организма, но и с поздней госпитализаци вследствие запоздалого распознавания болезни. Был создан специ лизированный госпиталь для туберкулезных больных, обеспеченн современной диагностической и терапевтической аппаратурой. базе этого госпиталя было организовано обучение врачей войск вого и армейского районов раннему распознаванию туберкуле В госпитале было сконцентрировано изучение результатов масс вого рентгенологического обследования некоторых контингент больных на предмет раннего выявления активного туберкуле Поголовное рентгенологическое обследование больных и ранен во всех лечебных учреждениях фронта показало, что среди с следованных были отдельные лица с различными формами тубе

кулеза легких. Выявился или, вернее, подтвердился известный и по довоенному опыту факт, что из страдающих активным туберкулезом лишь четвертая часть госпитализируется, остальные же три четверти остаются на большее или меньшее время в коллективе. Отсюда ясным становится значение активного выявления туберкулеза путем рентгенологического обследования. В военных условиях очень трудно, конечно, осуществлять такое обследование в больших масштабах. Однако оно совершенно необходимо в отношении всех без исключения раненых и больных, состоящих на лечении в госпиталях, обеспеченных рентгеном. Оно возможно в отдельных подразделениях в периоды более или менее стабильной обороны, оно обязательно в отношении вновь призываемых контингентов и крайне желательно в запасных полках.

Опыт предыдущих войн учит нас тому, что факторы военного времени благоприятствуют росту заболеваемости туберкулезом и утяжелению его течения. В Ленинграде нам пришлось столкнуться с этим явлением еще и благодаря тому, что «военные» факторы были усугублены тяжелыми последствиями блокады. Это резко отразилось на клинических особенностях течения туберкулеза, каковая проблема была всесторонне обсуждена на фронтовой конференции терапевтов, состоявшейся в декабре 1943 г.

Большую актуальность приобрела для нас проблема гипертонической болезни.

Весной 1942 г. в глазное отделение гарнизонной поликлиники стали обращаться военнослужащие с жалобами на остро наступавшие нарушения зрения. Офтальмологическое обследование обнаруживало у этих больных невроретиниты, порой значительно выраженные, приводившие часто к крайнему понижению зрения. Обследование терапевта открывало отчетливую артериальную гипертонию, а лабораторное исследование показывало в 30—40% случаев изменения мочи в виде незначительной альбуминурии и гематурии. После того как глазное отделение гарнизонной поликлиники сигнализировало нам о «новой» болезни, мы занялись ее изучением. Во фронтовом терапевтическом госпитале было организовано специальное отделение для этих больных. Клиническое детальное наблюдение и лабораторное обследование вскоре убедили нас в том, что мы имеем дело не с нефрогенными невроретинитами, а с невроретинитами, обусловленными гипертонической болезнью. Незначительные же изменения со стороны мочи, отмеченные у известной части больных, также должны быть поставлены в связь с гипертонической болезнью, которая у данной группы заболевших в первую очередь вызвала нарушение кровообращения в области глазного дна, но нередко обусловливала временные нарушения и в области почек.

Гипертоническая болезнь, по крайней мере с точки зрения клинического течения, достаточно хорошо нам известна по довоенному опыту. Мы знаем о значительном ее распространении среди людей более пожилого возраста, занимающихся напряженной умственной работой. Однако в мирное время мы не наблюдали подобных клинических форм гипертонической болезни и не имели

никаких сведений о том, что во время войны наблюдалось на других фронтах. Мы опять, следовательно, имели дело с «ленинградской» болезнью, с «ленинградской» гипертонией, которая возникла среди части гражданского населения города.

Всех пораженных гипертонической болезнью, нуждавшихся в госпитальном лечении, мы сосредоточили в специально оборудованном отделении терапевтического госпиталя, достаточно хорошо обеспеченного и квалифицированными специалистами, и необходимой аппаратурой. Здесь были организованы тщательное лабораторное обследование, динамическая рентгеноскопия, рентгенокимография, электрокардиография, углубленное изучение функционального состояния центральной и вегетативной нервной системы, сосудистой системы (капиллярной, артериальной, венозной) при помощи наиболее совершенной физиологической методики, как хронаксиметрия (вестибулярная, моторная, оптическая), осциллография различных сосудистых областей и др. Выявлены были новые, представляющие большой научный интерес факты, относящиеся к патогенезу и клинике гипертонической болезни. Детально была проработана, кроме того, военно-экспертная характеристика.

Детальное клиническое обследование гипертоников показало, что болезнь в подавляющем большинстве случаев протекает доброкачественно, при полном сохранении трудо- и боеспособности. Однако специфические условия нашего фронта благоприятствовали выявлению среди гипертоников известного количества больных со своеобразным и довольно тяжелым течением болезни. Раннее выявление таких больных, своевременная госпитализация в специализированном отделении и лечение, правильная военно-экспертная характеристика — все это было осуществлено в нашей работе. В 1943 г. таких больных в наших госпиталях стало меньше. В 1944 г. продолжается тенденция к дальнейшему снижению заболеваемости гипертонической болезнью.

Необходимо еще остановиться на заболеваемости острыми желтухами. Эпидемические вспышки желтух являются столь закономерными спутниками войн, что многие называют их «военными» или «окопными» желтухами. Нам пришлось наблюдать две вспышки, отличные одна от другой. Первая, осенью 1942 г., поразила небольшое количество лиц. Заболевания, как правило, протекали тяжело, с типичной клинической картиной болезни Вейля. Инфекционная и именно лептоспирозная природа болезни не вызывала сомнений, что было подтверждено бактериологическими и серологическими исследованиями.

Вторая же, весенняя вспышка 1943 г. получила более значительное распространение. Вот эта форма и представляла собой так называемую «окопную» желтуху. Клиническое течение ее существенно отличалось от клинической картины болезни Вейля. Выраженный очагово-эпидемический характер заболевания, частое наличие лихорадки в первые дни заболевания, увеличение селезенки с несомненностью свидетельствовали об инфекционной природе. Этиология осталась невыясненной. Можно лишь считать установленным, что ни иктерогеморрагическая спирохета, ни

тифо-паратифозные бациллы не являются возбудителем этого заболевания. Можно на основании некоторых признаков думать о вирусной его природе.

Клинически эпидемическая желтуха ничем не отличается от так называемой катаральной желтухи мирного времени. Мы поэтому рассматриваем ту или другую как инфекционную желтуху, различая эпидемическую и спорадическую форму.

Эпидемические вспышки желтух во время войны некоторые объясняют большим предрасположением к этой болезни, обусловленным физическим и нервно-психическим перенапряжением, нерегулярным и недоброкачественным питанием, т. е. комплексом факторов, вызывающих обеднение печени гликогеном. Такое представление опровергается фактом распространения эпидемической желтухи в территориально строго очерченных районах (эпидемических очагах), в которых боевая и бытовая обстановка ничем не отличается от обстановки в других районах, где, однако, случаев эпидемической желтухи вовсе не было. Против этого же представления свидетельствует и тот факт, что среди заболевших преобладали лица, отличавшиеся крепким здоровьем, хорошим сложением и удовлетворительным общим питанием.

Больные желтухами концентрировались в специально выделенном госпитале, в одном из его отделений. Было организовано отделение и в одном из фронтовых госпиталей. Специально созванное фронтовое совещание терапевтов и эпидемиологов привело к единой диференциации различных клинических форм желтух, однотипной документации, единому плану эффективного лечения. На фронтовой научной конференции (ноябрь 1943 г.), посвященной инфекционным желтухам, были подведены итоги обширных клинических наблюдений, лабораторных и патологоанатомических исследований.

В лечении раненых, в обслуживании шоковых палаток терапевты работали и работают рука об руку с хирургами. Борьбу же с заболеваемостью инфекционными желтухами терапевты вели совместно с эпидемиологами и инфекционистами.

В этом отношении следует подчеркнуть активное участие терапевтов в санации страдающих хронической дизентерией. Кроме того, по нашей инициативе, в войсковом районе был осуществлен опыт массовой ранней сульфидинотерапии острых кишечных заболеваний, протекавших с поносами. Согласно разработанным вместе с главным эпидемиологом «Указаниям», все острые кишечные заболевания было предложено разделить на три группы: несомненной дизентерии, подозрительной по дизентерии и энтеритов.

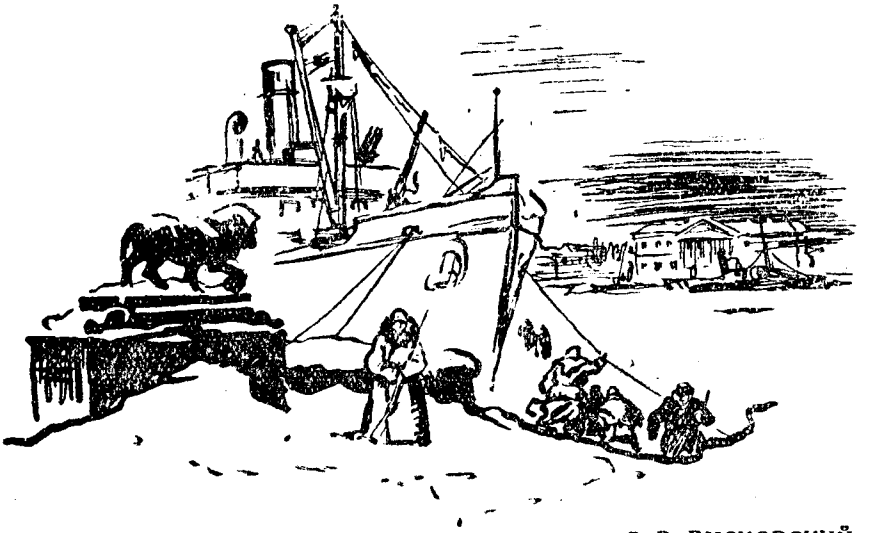
Сульфидинотерапия применялась уже полковыми врачами. Мы рассчитывали, что при раннем назначении сульфидина можно будет добиться эффекта малыми дозами и рекомендовали как первую дозу — 0,5, а последующие дозы — по 0,25 три раза в день, всего в течение трех-четырех дней.

Наш расчет на эффективность малых доз сульфидина при условии назначения лечения с первого дня (с первых же часов!)

заболевания полностью оправдался, и во многих, если не в большинстве случаев, мы добивались абортивного эффекта. Благодаря этому третья группа больных, т. е. больные острым энтеритом, дальше полкового медицинского пункта не уходила, а из больных второй группы подавляющее большинство оставалось в медсанбате. В инфекционные же госпитали направлялись лишь страдающие несомненной дизентерией. Но и они поступали в инфекционные госпитали уже после того, как получали сульфидин с первых же дней (часто с первого дня) заболевания. Отсюда — резкое сокращение госпитализации.

С хорошими результатами был осуществлен тот же опыт в частях ленинградского гарнизона.

Успеху всех этих мероприятий содействовали специально проведенные в армиях, гарнизоне, системе фронтового эвакопункта совещания врачей, выяснившие те этиологические и патогенетические факторы, которые в патологии мирного времени казались неясными и даже спорными. Терапевты Ленинградского фронта многое сделали в этом направлении.



С. В. ВИСКОВСКИЙ
Полковник медицинской службы,
заслуженный деятель науки

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВОЙСК В УСЛОВИЯХ ЛЕНИНГРАДСКОГО ФРОНТА

В НАСТОЯЩЕЕ время, когда тяжесть блокады осталась позади, мы, ленинградцы, впервые за два с лишним года получили возможность вне сферы постоянного артиллерийского огня подвести некоторые итоги нашей работы. С достаточной долей объективности мы можем теперь пересмотреть наши действия в условиях оборонительных боев, наиболее тяжелого периода блокады, последующей активной обороны, прорыва кольца и боев за расширение этого кольца; наконец сокрушительного удара, нанесенного врагу под Ленинградом, и преследования неприятеля на протяжении свыше 300 км.

Отличительной особенностью Ленинградского фронта являлась его непосредственная близость к Ленинграду, достигшая степени органической связи. В этой близости заключался ряд весьма положительных моментов, но в то же время таились и не меньшие опасности.

Ленинград, крупнейший научный центр страны, дал в ряды Ленинградского фронта высококвалифицированных специалистов— эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов. Эти специалисты были не только хорошо знакомы с эпидемиологической обстановкой Ленинграда и области, но и принадлежали к ленинградской эпидемиологической школе, особенностью которой в довоенные годы было налаженное взаимодействие указанных трех специаль-

ностей. Должности армейских эпидемиологов, штаты санитарно-эпидемиологических учреждений и инфекционных госпиталей были укомплектованы ленинградскими кадрами.

Санитарно-эпидемиологическая лаборатория фронта все время оставалась в том же помещении, которое она занимала до войны, что дало ей возможность использовать полностью все свое оборудование и установки.

В течение первого периода войны богатая санитарная техника Ленинграда широко использовалась для нужд действовавших войск. По требованию Военно-санитарного управления фронта, все санитарные пропускники Ленинграда предоставлялись для обработки вливавшихся в войска людских контингентов. На одном из заводов были изготовлены препарат К и пропиточные станки; частично были использованы и механические прачечные города. Немалые услуги оказала фронту ленинградская профессура и некоторые гражданские учреждения: Городская дезинфекционная бригада, Институт им. Пастера, Больница им. Боткина, Витаминный институт и др.

Огромный город, дававший армии пополнения, укреплявший силами своих граждан дальние и ближние к себе подступы, питавший войска боевой техникой, вместивший в своих стенах госпитальную сеть, стал неотделимым от фронта не только своей неизмеримой созидательной силой, но и присущими ему другими факторами.

Однако наряду со всем этим в факте соседства фронта с Ленинградом имелись и отрицательные стороны.

Для правильного построения соответствующих мероприятий в войсках необходимо было в первую очередь перенести для обслуживания войсковых частей большой довоенный опыт и практические достижения ленинградской противоэпидемической организации.

Сыпной тиф, брюшной тиф и дизентерия — эти наиболее угрожающие в военное время болезни — были наиболее вероятными эпидемическими врагами нашего фронта. Степень опасности каждого из этих заболеваний была различна в зависимости от эпидемиологической обстановки в Ленинграде к началу войны и блокады. Однако сыпной и брюшной тифы не внушали нам серьезных опасений. Дизентерийная проблема особенно тщательно изучалась эпидемиологами, микробиологами и инфекционистами Ленинграда. Опыт, приобретенный до начала Отечественной войны, оказал нам ценные услуги и дал правильное направление нашим мероприятиям на протяжении всего периода блокады.

Все же если схемы противоэпидемических мероприятий, направленных против сыпного и брюшного тифа, могли считаться достаточно проверенными, то предшествовавший войне опыт профилактики дизентерии не давал вполне удовлетворяющих эпидемиолога результатов. Поэтому уже во время войны приходилось пересматривать ценность отдельных мероприятий.

Рассмотрим борьбу с основными инфекционными заболеваниями

по отдельным резко отличающимся друг от друга жизненным этапам Ленинградского фронта.

Первый период — от начала войны до начала блокады в конце августа 1941 г. — характеризовался поступлением в армию мобилизованных контингентов, постепенным приближением линии фронта к дальним, а затем и ближним подступам к Ленинграду, движением к городу эвакуирующегося населения, участием сотен тысяч ленинградцев в сооружении оборонительных рубежей, формированием армии народного ополчения, эвакуацией из Ленинграда гражданского населения и ряда учреждений.

В этом периоде первой задачей противоэпидемической защиты войск было преграждение доступа в войска инфекционным заболеваниям и педикулезу. Несмотря на огромное количество людей, вливавшихся в войска и части народного ополчения и требовавших контрольных просмотров и санитарной обработки, выполнение требуемых мероприятий не встречало трудностей благодаря использованию большой сети городских санитарных пропускников. К концу этого периода вошел в строй и весьма мощный санпропускник Военно-санитарного управления фронта. Несравненно большие трудности представляла обработка войсковых соединений, непрерывно участвовавших в боях, так как боевая обстановка не давала возможности отводить некоторые части даже для кратковременного отдыха.

Располагая единственным в то время методом активной иммунизации — методом Безредка — и не рассчитывая на эффективность в напряженной боевой обстановке санитарно-гигиенических мероприятий, мы, в качестве наиболее надежного средства, могли использовать раннюю изоляцию больных в воинских частях и подразделениях и их эвакуацию. Исполнители этого мероприятия были весьма многочисленны. Дело раннего распознавания дизентерии находилось в руках большого количества войсковых врачей, а нередко фельдшеров и даже санитарных инструкторов. Поэтому основной заботой Военно-санитарного управления фронта был словесный и письменный инструктаж представителей войсковой медицинской службы. Первый сборник методических указаний, выработанных Военно-санитарным управлением фронта, был посвящен вопросам профилактики кишечных инфекций и в частности дизентерии.

Второй период — сентябрь—ноябрь 1941 г., протекал в весьма напряженной обстановке интенсивных авиабомбардировок и артиллерийских обстрелов, которые выводили из строя расположенные в Ленинграде госпитали (в том числе и армейские инфекционные госпитали), разрушали водопроводные магистрали, повреждали электропроводку, дезорганизовывали санитарный транспорт.

Все это не могло не отразиться отрицательно на проведении противоэпидемических мероприятий, особенно на профилактике педикулеза, тем более что рано наступившее похолодание требовало как раз усиления обмывочно-дезинсекционных работ. Было организовано на месте производство препарата К, изготовлены пропиточные станки и налажена при механических прачечных массовая импрегнация белья.

Эти мероприятия были настоятельно необходимы ввиду того, что скопившиеся вокруг Ленинграда и отчасти в самом городе массы населения внушали опасения в смысле возможности появления среди них инфекционных заболеваний.

Кольцо блокады создало вокруг Ленинграда своеобразный кордон, препятствовавший заносу извне сыпного тифа в город и войска фронта. Следовательно, эпидемиологам оставалось лишь бдительно следить преимущественно за эвакуированным населением.

Эвакуированные, расквартированные в пределах самого города, внушали нам меньшие опасения потому, что они мало соприкасались с воинскими контингентами и, как указывалось выше, эпидемиологическая обстановка в Ленинграде в отношении сыпного тифа была благополучной. В то же время санитарное состояние мест расквартирования эвакуированных постепенно ухудшалось в связи с недостатком топлива и нарастающим продовольственным кризисом.

Уже во второй половине ноября появились грозные предзнаменования будущих бедствий блокады: в некоторых войсковых частях начали обнаруживаться признаки алиментарного истощения в его двух основных формах — кахектической и отечной.

Это обстоятельство не в меньшей степени тревожило эпидемиологов, чем и других представителей медицинской службы, а также строевых командиров, так как алиментарное истощение могло создать весьма благоприятную почву для роста эпидемических заболеваний. Следовательно, кроме обычных противоэпидемических мероприятий общесанитарного порядка и изоляции заболевших, необходимо было прибегнуть к выявлению больных, а также изыскать возможные в тех условиях меры борьбы с алиментарным истощением. Меры эти заключались: в строжайшем контроле за тем, чтобы положенный бойцу паек полностью доходил до него в наиболее усвояемой форме; в отпуске дополнительного лечебного питания для истощенных и в регулировке затрат физической энергии путем уменьшения устранимых нагрузок, переходов и т. п.

Третий период — декабрь 1941—март 1942 г. — время наиболее острого недоедания в условиях суровой зимы, топливного кризиса, выключения электроэнергии, водоснабжения и канализации. Это был наиболее тяжелый период блокады. Перечислю чисто эпидемиологические факторы: исключительно морозная зима, иссякание топливных ресурсов, резкое снижение пайка и переполнение госпитальной сети больными. Поистине трагические дни наступили в конце января, когда прекратилась работа городского водопровода и замерзла фановая система.

Казалось бы, в условиях декабря 1941 г., и особенно января 1942 г., сыпной тиф и кишечные инфекции должны были дать резкий рост заболеваемости. В действительности же регистрация инфекционных заболеваний по городу указывала на благополучие.

В январе вопросы питания достигли максимальной остроты. Санитарное и медицинское обслуживание населения ухудшилось, в связи с уходом в армию наиболее квалифицированных врачей. К этому необходимо добавить, что течение инфекционных заболе-

ваний у лиц с алиментарным истощением отличалось выраженной атипичностью. Даже опытные клиницисты должны были вносить существенные поправки в свои довоенные диагностические навыки, принимая во внимание понижение реактивных способностей у истощенных.

В это тяжелое время, как и в последовавшие периоды, мы не допустили ни одного контактного заражения внутри войсковых частей.

Проведение профилактических мероприятий требовало преодоления больших трудностей. Все, что приводилось в действие электрическим током, остановилось, все, что приходило в движение при помощи бензина или нефти, могло работать лишь в самых ограниченных размерах, а поэтому пришлось использовать оставшееся примитивное оборудование, которое с успехом заменило более совершенную техническую аппаратуру. При этих условиях все наши ограниченные ресурсы использовались лишь там, где была непосредственная угроза сыпного тифа. Бани «уральского» типа, колхозные бани и землянки-дезинсекторы выручали нас в эти тяжелые месяцы. Неоценимые услуги оказал препарат К и пропиточные станки, которые приводились в движение, за отсутствием тока, непосредственно руками человека. Ручным способом производилась и стирка белья.

К концу этого периода завод им. Егорова по заказу Военно-санитарного управления фронта начал сооружать сухожаровые дезинсекционные камеры. Эти камеры-«егоровцы» были громоздки, но при наших весьма укороченных коммуникациях вполне нас удовлетворяли и выручали.

В первом квартале 1942 г. перед нами встал вопрос — какими методами в инфекционных госпиталях и медсанбатах диференцировать дизентерию от неспецифических поносов? Ввиду временного кризиса бактериологического метода (скудное количество питательных сред, бездействие электрических термостатов и т. п.) пришлось обратиться к более простым и доступным методам — серодиагностике, реакции Предтеченского, микроскопии стула, а в дальнейшем и к ректороманоскопии. Первые два метода не дали нам в условиях 1942 г. удовлетворяющих нас результатов; метод же копрологический, даже при упрощенном его применении, и ректороманоскопия постепенно прочно внедрились в нашу госпитальную практику и стали в настоящее время рабочими методами.

Четвертый период — апрель—июнь 1942 г. — период выраженных последствий предыдущего периода (остатки алиментарного истощения, авитаминозы).

Даже мы, ленинградцы, видевшие за время блокады много проявлений самоотверженности и трудового героизма, до сих пор одним из наиболее поразительных подвигов ленинградских женщин считаем очистку ими города от коры льда и загрязнения. Начиная с конца марта и в течение первых двух декад апреля Ленинград стал преображаться. Наметившееся еще с февраля улучшение в снабжении продуктами и подлинная любовь к своему городу дали силы жителям Ленинграда совершить эту поистине

титаническую работу своими еще далеко не окрепшими после голода руками. Даже до войны город не блестел такой чистотой, как в разгар весны и летом 1942 г.

Но одной уборки было недостаточно. Неприятель и морозы нанесли городу удары по весьма чувствительным в эпидемиологическом отношении системам — водоснабжению и канализации. Они требовали восстановления, которое и было достигнуто длительным и упорным трудом. Мало того, нужно было проводить систематическую профилактическую работу, чтобы избежать возникновения инфекционных заболеваний как среди гражданского населения, так и в войсковых частях. Этому несомненному успеху немало содействовала направленная в Ленинград Главным военно-санитарным управлением Красной Армии экспедиция особого назначения. Семь больших эпидемиологических отрядов, произведя разведку в районах расположения войск, выявили и изолировали большое количество больных граждан. Они обследовали также все районы Ленинграда и провели в них ряд оздоровительных мероприятий. Работы экспедиции отразились и на уровне кишечных инфекций.

В апреле и мае была широко проведена активная иммунизация против брюшного тифа—паратифов.

Прививки проводились людям, еще недостаточно окрепшим после перенесенного алиментарного истощения. Способность этих людей к выработке полноценного искусственного иммунитета вызывала обоснованные сомнения. Проведение прививок требовало осторожности из-за возможности возникновения сильных реакций. В связи с этими соображениями были проведены опытные прививки на небольших группах лиц, и лишь после удовлетворительных результатов было приступлено к широкому проведению иммунизации по комбинированному методу.

Возрождение лабораторий и освоение копрологической и ректороманоскопической методик позволили нам гораздо полнее и быстрее распознавать дизентерию и уменьшать количество весьма опасных в эпидемиологическом отношении диагнозов «колит» и «энтероколит».

Изучение бактериальных возбудителей дизентерии заставило нас изменить рецептуру противодизентерийных таблеток путем введения в них ленинградских серотипов групп Гисс—Флекснера, а также палочек Крузе—Зонне и Шмиц—Штуцера. В том же направлении была изменена и рецептура дизентерийного бактериофага. Производство бактериофага по новому рецепту было налажено в нашей фронтовой санитарно-эпидемиологической лаборатории.

Эти мероприятия позволили значительно улучшить терапию и профилактику дизентерии, а усвоение ректороманоскопического метода дало возможность клиницистам проводить перед выпиской больных вполне надежный анатомический контроль выздоровления.

Пятый период — с июля 1942 г. до половины 1943 г. — проходил в условиях постепенного восстановления физического состояния людей и ликвидации тяжелых последствий блокадной зимы. Улучшение питания, введение в паек свежих овощей значи-

тельно подняло сопротивляемость людей в отношении инфекций. Весьма эффективной оказалась разработанная и проводимая нами совместно с терапевтической службой система ранней и преемственной на этапах эвакуации сульфидинотерапии дизентерии.

В течение ноября—декабря провели ревакцинацию. С тех пор и брюшной тиф перестал нам внушать тревогу.

Шестой период продолжался весь 1943 г. — от прорыва блокады до начала победоносного наступления наших войск (январь 1943—январь 1944 г.) К операции прорыва подготовились настолько тщательно, что каких-либо инфекционных заболеваний в войсках фронта не наблюдалось.

С ноября 1943 г. началась интенсивная подготовка к новым наступательным операциям. Она сводилась к выработке комплексного плана мероприятий совместно с городским и областным здравотделами и ведомственными отделами здравоохранения. Инструктаж по проведению эпидразведки и по защите войск от инфекционных болезней был доведен до дивизионного эпидемиолога и Начсанслужбы полка.

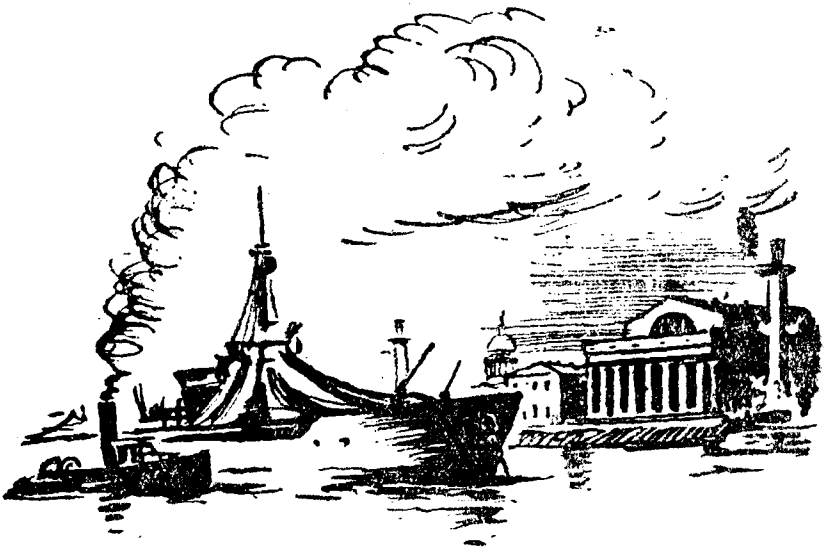
Седьмой период — январь—февраль 1944 г. — начался блестящей операцией прорыва долговременной линии немецких укреплений. В полтора месяца немцы были отброшены до Нарвы и Пскова.

Еще рано подводить итоги мероприятий по противоэпидемической защите войск в больших наступательных боях и при преследовании врага. Главную угрозу мы предполагали со стороны сыпного тифа, и в этом отношении наши опасения в известной мере оправдались. Наша эпидемиологическая разведка установила много сыпнотифозных очагов среди гражданского населения в оккупированных прежде немцами районах. Но до сих пор нам удавалось преградить сыпному тифу доступ в войска. Силами Военно-санитарного управления фронта и армий при мобилизации некоторых ресурсов областного здравотдела обнаруженные среди гражданского населения очаги уже ликвидированы. В очаги направлялись подвижные отделения санитарно-эпидемиологического отряда и инфекционных госпиталей, усиленные обмывочно-дезинфекционными установками обмывочно-дезинфекционной роты и отрядом дружинниц Красного Креста.

Путем подворных обходов выявлялись и госпитализировались все больные; на неблагополучные населенные пункты накладывался строгий карантин; все население этих пунктов проходило повторную кольцевую обработку.

Этих мероприятий было бы недостаточно без обсервации вновь призываемых всеми райвоенкоматами и полного комплекса обмывочно-дезинсекционных и карантинных мероприятий в отношении многочисленных партизанских отрядов.

Несмотря на весьма интенсивную и напряженную работу мы еще не охватили всех уголков большой территории, освобожденной от немецких войск. Перед нами задача — завершить обследование и оздоровление всех районов и защищать наши войска от эпидемических заболеваний.



И. М. ШНЕЙДЕРМАН
Полковник медицинской службы

СОРТИРОВОЧНО-ЭВАКУАЦИОННЫЙ ГОСПИТАЛЬ ФРОНТОВОГО ЭВАКУАЦИОННОГО ПУНКТА

За два года Отечественной войны сортировочные эвакуационные госпитали Ленинградского фронта обогатились большим организационным и практическим опытом.

Сортировочный эвакуационный госпиталь фронтового эвакопункта является ответственным лечебным учреждением санитарной службы фронта. Все потоки раненых и больных, идущие из армейского, а в специфических условиях Ленинграда и из войсковых районов, поступают непосредственно в фронтовой сортировочно-эвакуационный госпиталь. В очень короткие сроки они должны подвергнуться здесь соответствующей медицинской обработке, после чего различными видами транспорта их направляют в лечебные учреждения фронтового или тылового эвакуационных пунктов. От четкой и правильной работы сортировочного госпиталя во многом зависит вся лечебно-эвакуационная деятельность фронтового эвакуационного пункта.

Сортировочно-эвакуационный госпиталь должен быть всегда готов к массовому приему самых разнообразных раненых и больных, их размещению, питанию, оказанию медицинской помощи, производству медицинской сортировки, вне зависимости от наличия свободных мест.

Такой громадный объем работы может быть выполнен только при наличии четкой организации и правильной системы лечебно-эвакуационной работы. Система должна обеспечить получение каждым раненым и больным своевременной медицинской помощи несмотря на продолжающееся массовое поступление и одновременную эвакуацию, а также предоставление каждому раненому и больному определенного места, дающего возможность найти его сразу среди многих сотен других.

Основными подразделениями сортировочного госпиталя, отличающими его от эвакуационного, являются: эвакуационное бюро, сортировочные и эвакуационные отделения. Сортировочно-эвакуационный госпиталь должен иметь мощный санитарный пропускник, склад обменного фонда и базу продовольственного снабжения для обеспечения военно-санитарных поездов и летучек. Остальные подразделения и службы сортировочно-эвакуационного госпиталя мало чем отличаются от служб и подразделений эвакуационного госпиталя.

К сортировочно-эвакуационному госпиталю должны подходить железнодорожные и трамвайные подъездные пути, в непосредственной близости к нему необходимо оборудовать санитарную рампу. Крайне желательно иметь недалеко от госпиталя посадочную площадку для санитарных самолетов.

Значительные поступления в сортировочный госпиталь раненых и больных, размещение поступивших одновременно в различные сортировочные отделения, бесперебойность эвакуации из этих отделений требуют выделения специального подразделения, руководящего этой сложной работой, и хорошо организованной диспетчерской службы для всего госпиталя. Практика работы показала необходимость создания непредусмотренного штатом такого подразделения, именуемого у нас «эвакуационное бюро».

Эвакуационное бюро организует и планирует всю работу по приему и эвакуации раненых и больных. Оно строит свою работу и ведет учет так, что в каждый момент можно иметь точные сведения о загрузке всего госпиталя и каждого из сортировочных и эвакуационных отделений.

Поступающие в госпиталь раненые и больные тотчас же подвергаются ориентировочной сортировке дежурным врачом эвакуационного бюро и распределяются им на шесть следующих потоков: раненых — носилочных, пользующихся при передвижении костылями и ходячих, и больных — носилочных, ходячих и инфекционных. Каждый поток раненых и больных врач направляет в соответствующие сортировочные отделения.

Профиль и количество сортировочных отделений зависят от характера и количества поступающих контингентов раненых и больных.

На основании нашего опыта считаем наиболее целесообразным развертывать сортировочные отделения на 200—250 мест.

Хирургическое сортировочное отделение для тяжело раненых должно иметь мощный операционно-перевязочный блок, состоящий из операционной, перевязочной с шестью—восемью столами и от-

дельной перевязочной для раненых с анаэробной инфекцией. Поблизости от операционно-перевязочного блока необходим рентгеновский кабинет. Кроме того, должны быть палаты для особо тяжелых, для офицерского состава и для женщин. Надо предусмотреть распределение раненых в палатах по спецификации и наличие изолятора.

Направляют раненых и больных в сортировочные отделения в следующем порядке. При разгрузке военно-санитарного поезда (летучки) дежурный врач эвакуационного бюро вызывает из сортировочного отделения медицинскую сестру для встречи раненых и больных и сопровождения партии ходячих. При больших партиях назначается два сопровождающих: один — впереди, второй — замыкающий.

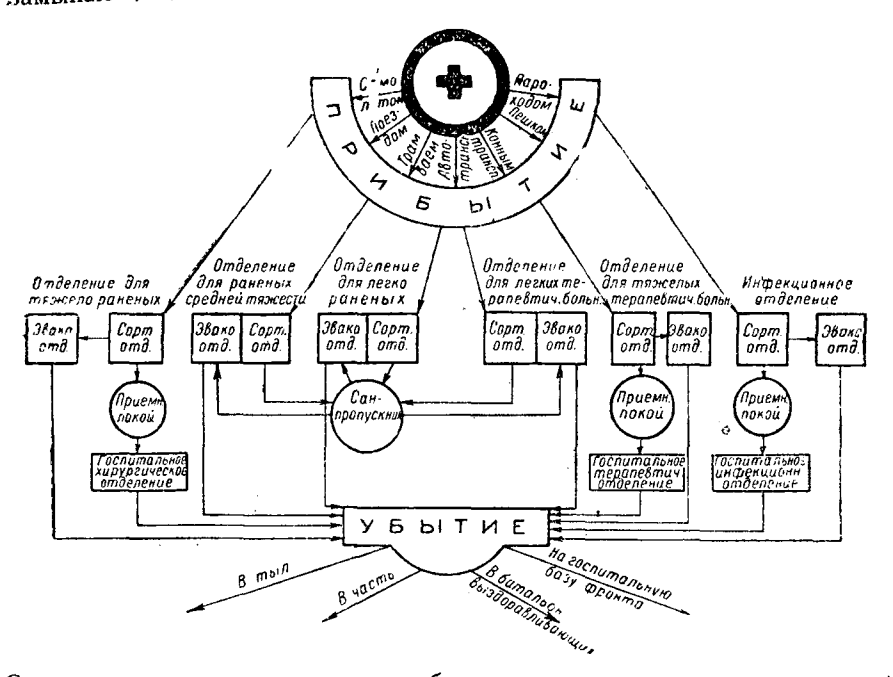


Схема движения потоков раненых и больных в сортировочном эвакуационном госпитале фронтового эвакопункта.

Носилочных раненых и больных, по распоряжению врача эвакуационного бюро, доставляют в соответствующие сортировочные отделения санитары-носильщики. У входа в сортировочное отделение раненых и больных встречают дежурный врач и диспетчер отделения. На обязанности последнего лежит прием и размещение прибывших.

Диспетчеры отделений подчинены начальникам отделений, но в то же время оперативно связаны с эвакуационным бюро. Таким образом диспетчерская служба в отделениях является как бы филиалом эвакуационного бюро госпиталя. Для диспетчеров в отделениях должна быть выделена отдельная комната —

«диспетчерская», желательно — непосредственно у входа. Диспетчер отделения ведет график движения — поступления и эвакуации — раненых и больных. Форма графика позволяет в любой момент получить точные данные о количестве занятых и свободных мест в каждой палате в отдельности и в отделении в целом, а также данные о времени поступления, месте и времени выбытия каждого раненого и больного. Диспетчер распределяет раненых и больных по палатам, в зависимости от локализации ранения или вида заболевания.

Распределяются раненые в сортировочных отделениях по следующим группам: с повреждениями верхних конечностей, нижних конечностей, черепа, лица (глаза и челюсти), груди и живота.

Такое распределение обеспечивает лучший уход и обслуживание, облегчает медицинскую сортировку, консультацию специалистов и эвакуацию по спецификации, а также ускоряет погрузку на санитарный транспорт.

Каждого поступающего в сортировочное отделение помещают не на койку, а на носилки, устанавливаемые на подставках-козлах. У нас это называется «эвакуационным местом». Носилки с тяжело ранеными и лежачими больными устанавливают на заранее приготовленные козлы.

«Эвакуационные места» должны быть пронумерованы. Это необходимо для того, чтобы можно было во всякое время дня и ночи, не будя спящих, найти любого раненого и больного. Наиболее удобно пронумеровать палаты и «эвакуационные места» по ходу часовой стрелки. В эвакуационных документах (на конвертах и вкладышах) отмечают номер отделения, палаты и эвакуационного места. Условно мы обозначаем их тремя цифрами. Например: 5—15—26, т. е. 5 отделение, 15 палата, 26 место.

На этой детали следует остановиться потому, что до введения нумерации эвакуационных мест и унификации обозначения мы нередко испытывали затруднения, отыскивая тех или других раненых и больных, особенно по ночам, когда из-за одного приходилось будить и опрашивать многих.

Обслуживание в сортировочных и эвакуационных отделениях

За короткое время пребывания (в среднем от четырех до восьми часов) раненого или больного нужно зарегистрировать, провести через медицинскую эвакуационную сортировку, оказать ему медицинскую помощь, подвергнуть его санитарной обработке (при отсутствии медицинских противопоказаний) и накормить.

Выполнение столь разнообразных функций в короткие сроки требует наличия четкой и вместе с тем простой системы. Все эти процессы следует организовать в определенной последовательности в отношении каждого раненого и больного, но начинать при поступлении больших партий почти одновременно.

Каждого поступившего раненого или больного прежде всего нужно зарегистрировать и составить на него карточку по форме № 3 УВВ. Это — первичный документ, который ложится в основу

всего медицинского учета, всей статистики и справочной работы. В условиях блокады эта форма была нами несколько видоизменена. Ввиду того, что в этом измененном виде она вполне оправдала себя, мы помещаем ее здесь для сведения других СЭГ.

№ *Форма № 3 УВВ*

КАРТОЧКА УЧЕТА РАНЕНЫХ И БОЛЬНЫХ

№ отд. № пал. № козел

Фамилия

Имя Отчество Год рождения

Звание Часть Должность Специальность

Национальность Семейное положение Образование

Партийность Год призыва Каким РВК призван

Место рождения

Адрес родственников

Поступил в СЭГ № 2222„——“ ——194.. г. час. из

Наименование пункта медпомощи, лечебного учреждения, вид транспорта

Дата ранения, заболевания „——“ —— 194—г.
(подчеркнуть) чем ранен

Направлен в ЭГ №——„——“—— 194— г. ——час.

Диагноз, с которым поступил

Диагноз СЭГ

ТР., СТ., ЛР.
ОБР., НЕОБР.
ПСС +, ПСС —
(нужное подчеркнуть)

Ординатор
Мед. сестра

Зарегистрированного раненого или больного нужно немедленно накормить и провести через сортировку. Ему надо оказать необходимую медицинскую помощь, подготовить его к эвакуации или к переводу в эвакуационное отделение, не ожидая, пока будут

отсортированы, накормлены и т. д. все поступившие раненые и больные.

Одновременно с регистрацией должна быть начата сортировка поступивших раненых и больных. В основе медицинской сортировки лежат следующие основные принципы: оказание неотложной медицинской помощи, установление диагноза, дообследование — в случае необходимости, оценка общего состояния и, наконец, лечебно-эвакуационное назначение.

При поступлении раненых и больных врач сортировочного отделения прежде всего производит предварительную сортировку, т. е. обходит всех прибывших с целью выявления нуждающихся в неотложной медицинской помощи и нетранспортабельных. После этого он приступает к завершающей медицинской сортировке.

Врач начинает сортировку с изучения документов предыдущих этапов и затем переходит к собиранию анамнеза и осмотру прибывших. До осмотра всем раненым и больным должна быть измерена температура. В ясных случаях врач сразу ставит диагноз, делает необходимые назначения и дает лечебно-эвакуационное определение, согласно условно принятой унифицированной схеме. В сомнительных же случаях раненых и больных направляют в перевязочную, на рентгенологическое обследование, измеряют у них кровяное давление, производят исследование мочи, мокроты и крови и вызывают к ним врачей-консультантов.

Результаты сортировки отмечаются соответствующими цветными марками, указывающими дальнейшее направление раненых (в перевязочную — I и II очередь, в операционную — I и II очередь, в госпитальное отделение, на рентгенологическое обследование, эвакуация сидя — I и II очередь, эвакуация лежа — I и II очередь).

Марки прикрепляются к ножному концу носилок. При сортировке на каждого поступившего врач заводит краткую историю болезни — «вкладыш». Врач сортировочного отделения должен научиться владеть телеграфным стилем. От него требуется, чтобы он кратко, но достаточно исчерпывающе обосновал свой диагноз и эвакуационное назначение. В своей краткой записи он отвечает на следующие основные вопросы: 1) дата и час осмотра, 2) срок ранения и начало заболевания, 3) через какой срок после ранения была произведена первичная хирургическая обработка и в чем она заключалась (иссечение, рассечение, трепанация, лапаротомия и т. д.), 4) введена ли была противостолбнячная сыворотка, 5) жалобы, 6) общее состояние (оценка тяжести), пульс, окраска кожных покровов, 7) состояние повязки (степень промокания), шины, 8) диагноз, 9) оказанная помощь, 10) лечебно-эвакуационная характеристика. Подпись должна быть разборчива.

Кроме краткой истории болезни (вкладыша), врач сортировочного отделения записывает диагноз в карточке форма № 3 УВВ и на эвакуационном конверте, с обозначением эвакуационной характеристики на последнем. В среднем, врач в течение часа

успевает отсортировать 6—8 тяжело раненых или 10—12 легко раненых; больных тяжело — 4—5 или легко — 6—7.

Следует вкратце остановиться на значении вкладышей. До их введения врач сортировочного отделения делал свои записи на документах предыдущих этапов. Эти документы вместе с эвако-конвертами отправлялись в эвакуационное бюро, и раненые и больные оставались в отделениях до момента эвакуации без всяких документов, что затрудняло наблюдение за ними. Вкладыши в эвакуационное бюро не передаются, а оставляются в палатах до момента эвакуации раненых и больных. Преимущество этой системы заключается в следующем.

Вкладыши дают лечебное и эвакуационное представление о раненом и больном, так как в них, хотя и кратко, но все же отмечаются все изменения в общем его состоянии, сделанные назначения, а также состояние больного в момент эвакуации.

Вкладыши облегчают контроль выполнения назначений и учет находящихся в госпитале раненых и больных, так как они хранятся у палатной сестры разложенными по номерам эвакуационных мест и легко могут быть взяты для просмотра и проверки.

Введение вкладышей несколько усложнило работу врачей сортировочных отделений, но изложенные выше преимущества заставляют нас рекомендовать их. Лишь в случаях массового поступления и необходимости быстрой эвакуации раненых и больных можно в виде исключения ограничиться краткой записью на эвакуационных документах предыдущих этапов.

Врач сортировочного отделения имеет возможность в любое время привлекать консультантов. Основным консультантом для него является начальник сортировочного отделения, на должность которого следует назначать врача, обладающего организационным и хирургическим опытом.

Необходимо указать здесь, что роль старшего хирурга и старшего терапевта в сортировочно-эвакуационных госпиталях особенно велика. Старший хирург должен не только умело организовать оказание неотложной хирургической помощи и квалифицированное хирургическое лечение, но и в первую очередь — правильную сортировку хирургических больных. Он обязан не только консультировать, но и постоянно учить врачей и наблюдать за их работой. Он должен воспитать врачей-специалистов по сортировке раненых. Почти в такой же мере это относится и к старшему терапевту.

Несмотря на то, что раненые и больные находятся в сортировочных отделениях недолго, следует учитывать, что состояние их может измениться, они могут «отяжелеть». Поэтому необходимо непосредственно перед эвакуацией снова осмотреть их, чтобы выявить «отяжелевших» и соответственно изменить лечебно-эвакуационное назначение. Для этого лучше всего выделять более опытных врачей. Такой врач обязан перед эвакуацией проверить документацию, задержать ставших нетранспортабельными и дать визу на эвакуацию тех, кого можно транспортировать.

Следует коснуться вопроса о количестве мест в эвакуационных отделениях. При коротких сроках пребывания раненых и больных в сортировочных отделениях нет необходимости в переводе всех групп в эвакуационные отделения. Другое дело — при задержке их в сортировочных отделениях на более продолжительное время, вызванной недостатком мест в коечной сети госпитальной базы фронта или другими причинами. В этом случае раненым и больным необходимо создать условия, приближенные к эвакуационному госпиталю. Можно лишь вместо коек использовать носилки, на которых, однако, должны быть матрацы, подушки, простыни и одеяла.

Роль эвакуационных отделений особенно велика при перебоях в оттоке раненых и больных и образовании так называемых «эвакуационных пробок».

В эвакуационные отделения раненые и больные поступают из сортировочных отделений только после санитарной обработки. Эвакуационные отделения организуются для раненых и больных раздельно, с палатами для лежачих и ходячих.

Учет движения раненых и больных и диспетчерскую службу в эвакуационных отделениях проводят так же, как и в сортировочных.

Одновременно с распределением вновь прибывающих контингентов эвакуационное бюро организует и осуществляет эвакуацию раненых и больных из сортировочного госпиталя. Организация эвакуации, в основном, сводится к следующему. После сортировки эвакоконверты раненых и больных из сортировочных и эвакуационных отделений передаются диспетчерами последних в эвакуационное бюро. Врач-эвакуатор, после проверки документов, распределяет раненых и больных по госпиталям, в зависимости от специализации их (согласно нарядам фронтового эвакопункта), и делает соответствующие обозначения на эвакоконверте. В первую очередь врач-эвакуатор должен оформить перевод в госпитальные отделения сортировочного госпиталя нетранспортабельных больных — по тяжести состояния и нуждаемости в срочной операции. Затем он обеспечивает эвакуацию отобранных на ЭЛ-I и на ЭС-I, т. е. лежа и сидя — I очередь, после чего осуществляет эвакуацию всех остальных контингентов раненых и больных.

Кроме отбора по спецификации, врач-эвакуатор еще отдельно отбирает раненых и больных офицерского состава, гвардейцев, летчиков, моряков, танкистов и женщин. При распределении и направлении раненых и больных в госпитали врач-эвакуатор должен знать не только профиль госпиталей, но и мощность их приемных покоев и, вообще, возможности госпиталей к приему и обработке раненых в определенные сроки.

Эвакоконверты с пометкой врача-эвакуатора — куда назначен данный раненый или больной — передаются из эвакуационного бюро обратно в сортировочное или эвакуационное отделение в руки диспетчера.

В распоряжении эвакуационного бюро имеется транспорт, предоставляемый сортивочному госпиталю автосанротой фронто-

вого эвакопункта. Эвакуационное бюро распоряжается этим транспортом через специального диспетчера.

Эвакуационное бюро руководит также эвакуацией раненых и больных в тыл военно-санитарными поездами. Особые условия Ленинградского фронта резко изменили эвакуационную деятельность наших сортировочно-эвакуационных госпиталей в этом направлении. В обычных условиях часть раненых и больных, поступающих из армейских районов в сортировочный госпиталь, после соответствующей медицинской обработки направляется военно-санитарными поездами дальше, в тыл. В условиях блокады поступающие раненые и больные направлялись только в госпитали фронтового эвакуационного пункта.

Эвакуация в тыл до конца июля 1943 г. осуществлялась непосредственно из госпиталей нашего фронтового эвакопункта, минуя сортировочные госпитали. С июля же раненых и больных, подлежавших эвакуации в тыл, накануне намеченной отправки военно-санитарным поездом стали направлять в сортировочный госпиталь. После проверки правильности отбора, документации и экипировки их транспортировали в тыл с рампы сортировочного госпиталя. Наш опыт полностью подтвердил, что эвакуация в тыл из госпиталей фронтовой базы должна итти только через сортировочно-эвакуационный госпиталь.

Для бесперебойной работы всех звеньев сортировочно-эвакуационного госпиталя большое значение имеет правильная организация быстрой разгрузки всех видов поступающих санитарных транспортов, переноски и перевозки раненых и больных по территории госпиталя и внутри отделений и погрузки их при эвакуации. Вся эта работа производилась у нас силами санитаров-носильщиков. Труд их необходимо организовать и использовать с максимальной эффективностью.

Оправдала себя введенная нами пожетонная система учета работы санитаров-носильщиков. Для облегчения их работы мы использовали механизированные способы транспортировки. По территории непосредственно от рампы до госпитальных зданий была проложена узкоколейка, тележки которой соответствующим образом были приспособлены для установки носилок. Один санитар-носильщик свободно передвигал тележку с тремя ранеными.

В целях экономии труда санитаров-носильщиков нами был использован также электрокар. Это обычная железнодорожная аккумуляторная тележка, площадка которой приспособлена для установки носилок. Один электрокар перевозит одновременно пять раненых или больных, а в течение часа в наших условиях перевозил их до пятидесяти. Мы использовали еще и обычные железнодорожные багажные тележки, которые либо прицеплялись к электрокару, либо передвигались двумя санитарами-носильщиками. Кроме того, применялся и гужевой транспорт (приспособленные автокачки или сани), а зимой — специальные лыжные сани.

Все вышеизложенное в значительной степени помогло разрешить такой трудный вопрос, как перевозка и переноска раненых и больных в условиях сортировочно-эвакуационного госпиталя.

Госпитальное отделение предназначено для госпитализации нетранспортабельных и нуждающихся в неотложной медицинской помощи раненых и больных. В этих отделениях раненые и больные должны задерживаться только до момента перехода в транспортабельное состояние, после чего они подлежат эвакуации в учреждения госпитальной базы фронта. Опыт показал, что задержка сводится, в среднем, к пятнадцати дням. Госпитальные отделения должны быть развернуты отдельно для раненых, для больных и для инфекционных. В среднем для этой цели следует отводить не больше 15% штатных коек госпиталя.

Особенность работы госпитальных отделений определяется состоянием поступающих контингентов раненых и больных и срочностью той помощи, в которой они нуждаются.

Необходимо предусмотреть наличие в госпитальных отделениях больших операционных и перевязочных с выделением особой перевязочной для раненых с анаэробной инфекцией.

Служба материального обеспечения сортировочного госпиталя имеет ряд особенностей. Обеспечение больших людских контингентов всеми видами довольствия в короткие сроки обусловливает особые организационные формы. Непрерывность поступления раненых и больных и их эвакуация требуют удовлетворения их питанием в любые часы суток. О распорядке дня с указанием времени для завтрака, обеда и ужина в обстановке сортировочного госпиталя не может быть и речи. Поэтому необходимо создать условия для быстрого приготовления пищи в течение одного-полутора часов или же иметь постоянно горячую пищу с соблюдением санитарно-пищевых требований. Сортировочный госпиталь должен также обеспечить продовольствием принимаемые на свою рампу военно-санитарные поезда и летучки.

Вещевое снабжение имеет также свои особенности. Служба вещевого снабжения должна не только обеспечить обычные нужды госпиталя, но и иметь большой обменный фонд имущества (постельные принадлежности, белье, носилки и т. п.) для обмена с военно-санитарными поездами, летучками и санитарными машинами на имущество, принятое вместе с ранеными и больными. Все имущество обменного фонда необходимо каждый раз подвергать дезинфекции и приводить в порядок.

Большое внимание должно быть уделено всему коммунальному хозяйству. Следует предусмотреть наличие дублеров света, воды, тепла, чтобы в меньшей степени быть в зависимости от городского коммунального хозяйства.

Для обеспечения своей сложной работы сортировочно-эвакуационному госпиталю нужно постоянно поддерживать оперативную связь не только с фронтовым эвакопунктом и его отделами, но и с рядом других учреждений и организаций.

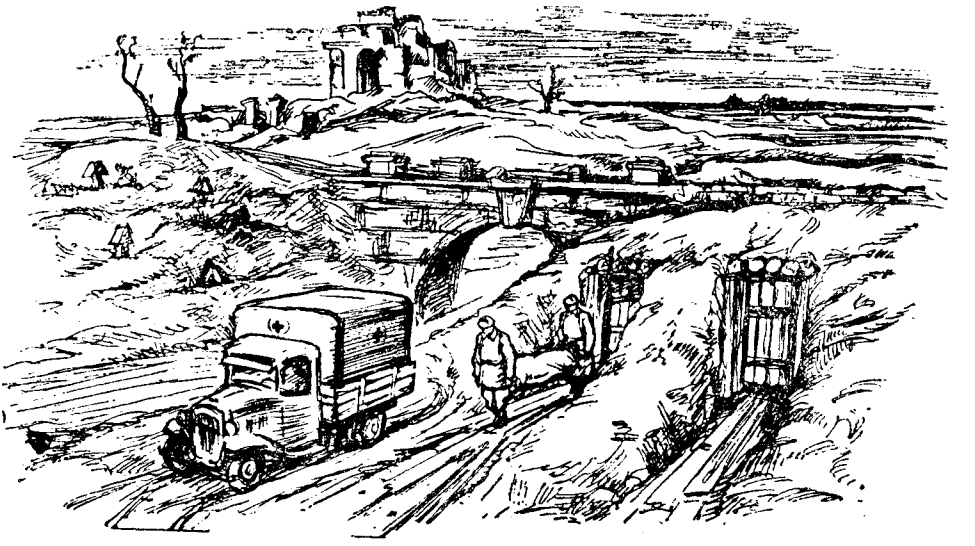
Большое внимание приходится уделять сигнализационной связи госпиталя с предыдущими и последующими этапами эвакуации. Сортировочный госпиталь обязан сигнализировать обо всех выявленных им недочетах в эвакуационно-медицинском обслужива-

нии раненых и больных и фронтовому эвакопункту, и Начальнику санитарной службы армии.

Практика работы показала, что предыдущие этапы быстро реагировали на сигналы, получаемые из сортировочного госпиталя, и принимали необходимые меры для предупреждения ошибок, аналогичных тем, которые раньше имели место. Для облегчения и улучшения связи с предыдущими этапами, а также для статистической разработки материалов по отдельным армиям или крупным войсковым соединениям мы считаем крайне необходимым, чтобы каждое санитарное хозяйство имело свой гриф, который в обязательном порядке накладывало бы на эвакоконверт или, при его отсутствии, на другие документы.

Сортировочный госпиталь должен также иметь постоянную связь со всеми эвакуационными госпиталями, куда он направляет раненых и больных. А эти госпитали обязаны сообщать сортировочному госпиталю обо всех обнаруженных ими недочетах немедленно по их выявлении.

С удовлетворением следует отметить, что за последнее время связь сортировочных госпиталей с армейскими районами и с госпиталями фронтового эвакопункта значительно улучшилась. Но она все же еще недостаточна. Наша задача — установить постоянный деловой контакт с подлежащими учреждениями, используя для этого все виды связи и сигнализации. Такой контакт будет способствовать ликвидации имеющихся недочетов в нашей работе и повысит качество медицинского обслуживания раненых и больных воинов нашей доблестной Красной Армии.



В. Н. ПАВЛОВСКИЙ
Полковник медицинской службы

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСТУПАТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ АРМИИ

НАСТОЯЩАЯ статья имеет целью обобщить опыт медицинского обеспечения двух крупных наступательных операций армии, проведенных в январе 1943 и 1944 гг., — первая по прорыву блокады Ленинграда, вторая по полному освобождению города от вражеской блокады.

В обоих случаях опыт медицинского обеспечения представляет собой значительный интерес. Операции эти имеют существенные особенности, исходящие из задач, поставленных перед армией, и специфики театра военных действий, неизбежно влиявших на организацию лечебно-эвакуационной и санитарно-профилактической работы. Учитывая значительную разницу в санитарно-тактической обстановке обеих операций, в дальнейшем изложении материала мы будем касаться каждой из них в отдельности.

ПРОРЫВ БЛОКАДЫ ЛЕНИНГРАДА

Армия имела задачу на узком участке фронта южнее Ладожского озера прорвать крепкую вражескую оборону. Учитывая стратегическую важность участка, противник в течение более

полутора лет строил здесь мощные укрепления на всю глубину своей обороны. Во взаимодействии с другими соединениями фронта армия должна была выполнить свою историческую миссию освобождения города Ленина. Эту миссию предстояло осуществить в тяжелых условиях лесисто-болотистой местности, с обширными, совершенно открытыми для наблюдения и простреливаемыми участками.

Вполне понятно, что в такой обстановке нельзя было ожидать легкой победы. Поэтому медицинская служба армии в целом и все ее звенья в отдельности тщательно готовились к большой и трудной работе, принимая во внимание, при всем указанном, и почти полное отсутствие жилого фонда.

Времени у нас было достаточно, и к началу операции все звенья медицинской службы войскового и армейского тыла были в основном готовы к приему раненых. Этого нельзя сказать про медико-санитарные батальоны дивизий, которые вливались в армию в процессе операции, не прошли предварительной подготовки и вступили в работу «с хода». Естественно, что они по своей пропускной способности и емкости оказались мало боеспособными. Это обстоятельство заставило все время держать их в поле зрения и оказывать им соответствующую помощь.

Полковые медицинские пункты развернулись в исходном положении на расстоянии 3—5 км от переднего края, медсанбаты — в 7—9 км. Медсанбаты и полковые медицинские пункты, вследствие узкого участка фронта и ограниченности дорог, располагались группами, в недалеком расстоянии друг от друга.

Полевые госпитали дислоцировались тремя группами, объединенными головными эвакуационными пунктами.

На расстоянии 4—8 км от медсанбатов был построен на грунте мощный куст госпиталей, объединенных эвакоприемником, с функцией госпиталей первой линии (пять ППГ и эвакоприемник) с общехирургическими группами усиления.

Госпитали второй линии располагались в непосредственной близости к железной дороге на расстоянии 10—12 км от госпиталей первой линии. Они были головными учреждениями, осуществлявшими погрузку раненых на железнодорожный транспорт. В каждом головном эвакуационном пункте второй линии были оборудованы мощные прирельсовые эвакоприемники. Каждый из этих головных пунктов объединял собой три ППГ.

На уровне госпиталей второй линии, между обоими головными эвакуационными пунктами был дислоцирован один из госпиталей для легко раненых.

Тыловая группа госпиталей, или собственно госпитальная база армии, в составе двух эвакуационных госпиталей и двух госпиталей для легко раненых, оставалась в месте прежней дислокации в районе г. N. Ее госпитали находились в значительном рассредоточении друг от друга из-за неблагоприятных условий размещения. Один из эвакуационных госпиталей выполнял функцию сортировочного.

Весь авто- и конно-санитарный транспорт, как армейский, так и приданный на усиление, был сосредоточен при головном эвакуационном пункте первой линии. Предусмотрена была организация нескольких перевязочно-обогревательных пунктов.

Раненых эвакуировали по назначению. Сортировка проводилась начиная с медико-санитарных батальонов, которые осуществляли эвакуацию по следующему принципу.

Необработанных раненых — тяжело и средней тяжести, — кроме нуждающихся в специальной помощи, направляли (в случае перегрузки медсанбатов необработанными ранеными) в госпитали первой линии, легко раненых — в эвакоприемники первой линии.

Хирургически обработанных раненых — тяжело и средней тяжести, — эвакуировали непосредственно в госпитали второй линии; легко раненых — в эвакоприемник головного эвакуационного пункта второй линии.

Нуждающихся в специализированной помощи транспортировали в соответствующие госпитали второй линии; больных — в терапевтический госпиталь при одном головном полевом эвакуационном пункте второй линии; инфекционных — непосредственно в инфекционный госпиталь.

Для эвакуации обработанных в медсанбатах раненых предназначен соответствующий головной полевой эвакопункт второй линии.

В случае перегрузки одного из этих головных пунктов потоки раненых, поступившие из медсанбатов всей армии, переключались на тот головной эвакуационный пункт второй линии, который в данный момент находился в более выгодном положении. Для этой цели в узле дорог, где скрещивались пути эвакуации, головному пункту придавался постоянный специальный регулировочный пункт, который, по приказанию из оперативной группы санитарного отдела, и осуществлял это переключение в нужном объеме.

От медико-санитарных батальонов требовалось только определение места лечения легко раненых, в зависимости от потребных для лечения сроков, с отметкой в карточке передового района.

Такую на первый взгляд сложную систему эвакуации почти все медсанбаты и полевые госпитали, привыкшие до сих пор эвакуировать от себя на один какой-либо этап эвакуации, встретили как своего рода новость. Все же к началу операции она была усвоена вполне удовлетворительно, если не говорить о медсанбатах, влившихся в армию в процессе операции. Их работу приходилось перестраивать «на ходу». Несмотря на это на протяжении всей операции прорыва блокады этот порядок эвакуации по назначению был, в основном, выдержан и дал весьма положительные результаты как в области общей организации хирургической помощи, так и в смысле изжития вредной многоэтапности.

Эвакуация раненых из госпиталей первой линии проводилась следующим порядком. Фронтовой контингент раненых направлялся непосредственно в прирельсовый приемник того или другого головного полевого эвакопункта второй линии (минуя госпитали второй линии) для дальнейшей эвакуации по железной дороге. Легко

раненых, подлежавших лечению в госпитале ближнего армейского тыла, транспортировали непосредственно в госпиталь для легко раненых, опять-таки минуя госпитали и эвакуационные пункты второй линии.

Сортировку в госпиталях второй линии и эвакуацию из них проводили на таких же основаниях, как и в госпиталях первой линии. При загрузке поездов практиковали формирование отдельных вагонов для однородного контингента раненых.

Один из эвакуационных госпиталей армии в г. N, как уже указывалось, за неимением в армии сортировочно-эвакуационного госпиталя, выполнял функции последнего, принимая из летучек армейский контингент раненых и распределяя их по госпиталям армейской базы.

Из соображений большей оперативной гибкости была изменена установившаяся ранее в армии организация управления санитарной службой. Для непосредственного руководства войсковым районом Санитарный отдел выделил оперативную группу с дислокацией при госпиталях первой линии. Для живой связи с войсками здесь была выделена группа офицеров связи, подобранных из энергичных, хорошо знающих войсковую службу врачей и фельдшеров. При головном полевом эвакопункте первой линии был создан пункт сбора донесений от дивизий. Кроме установленных видов медицинских донесений, сюда через каждые четыре часа представлялись сведения о загрузке медсанбатов и госпиталей первой и второй линии, передаваемые затем в оперативную группу Санитарного отдела.

Основная группа управления полевого эвакуационного пункта была передислоцирована на уровень госпиталей второй линии с возложением на нее обязанностей руководства деятельностью головных полевых эвакопунктов второй линии и всей эвакуацией по железной дороге. Руководство эвакуацией по грунту осталось за Санитарным отделом.

Весь авто- и конно-санитарный транспорт дислоцировался при головном полевом эвакопункте первой линии. Оттуда и шло управление им. В целях оперативного руководства транспортом и более целесообразного его использования здесь была организована диспетчерская служба.

Ориентировочно был предусмотрен маневр санитарными средствами. Намечена передислокация медсанбата двумя эшелонами с одновременной работой в двух точках. Групповое расположение полевых госпиталей предоставило возможность передислокации по одному-двум госпиталям каждой группы, не прерывая работы всей системы. Расположение двух головных полевых эвакопунктов вблизи погрузочных площадок на двух ветках железной дороги и наличие хороших путей эвакуации к ним позволяло маневрировать в зависимости от загрузки, переключая поток раненых со всей армии то на один эвакопункт, то на другой.

Предусматривалось плановое использование медико-санитарных батальонов резервных или неактивно действовавших дивизий.

Характеристика работы различных этапов эвакуации в процессе операции

Ротный и батальонный участки

Медицинскими кадрами и имуществом это звено санитарной службы было укомплектовано почти полностью. Ротные санитары распределялись по взводам. Необходимо отметить недостаточную подготовку санитаров по специальности.

Батальонные пункты чаще всего развертывались в блиндажах. В исходном положении эти блиндажи обычно специально строились, а в дальнейшем использовались оставленные противником. В ряде случаев батальонные пункты размещались в одной из отепленных командирских лагерных палаток, специально для этого выделенных строевыми частями. Эти палатки вполне себя оправдали.

Работа санитаров санитарного отделения роты, распределенных по наступающим взводам, сводилась к оказанию первой помощи на месте и оттаскиванию раненых в ближайшие укрытия. Эти укрытия отмечались каким-либо знаком; взвод носильщиков полка или специально выделенные бойцы тыловых подразделений выносили отсюда раненых на батальонный пункт, либо на пост санитарного транспорта.

Ниже приводим некоторые цифровые показатели работы этого важнейшего звена медицинской службы.

На поле боя не оказана первичная помощь только 0,5% раненых. В большинстве это касается легко раненых, ушедших самостоятельно на медицинские пункты. 27% раненых помощь оказана санитарными инструкторами, 48% — санитарами. Взаимопомощь имела место в 15,8% случаев, самопомощь — в 6,8%. Таким образом 75% раненых на поле боя помощь была оказана личным составом санитарной службы батальона. Небольшой процент самопомощи может быть отчасти объяснен тем, что в условиях зимнего времени раненому в теплом ватном обмундировании технически трудно оказать самому себе помощь и, естественно, приходится пользоваться услугами товарищей.

Второй интересный показатель работы этого звена медицинской службы касается вопроса, кем вынесен раненый с поля боя. Наибольшее количество — 45,8% — вынесено санитарами, санитарами-носильщиками и санитарными инструкторами. Бойцы вынесли 8,8%; 38,3% вышли сами.

При выносе раненых с поля боя применялись различные средства. Наибольшее применение в лесисто-болотистой местности получили лодочки-волокуши с обоюдоострыми концами. Ими было вывезено 58%, на лыжно-носилочных установках 19%, на носилках 3%, на плащпалатках и шинелях 20% раненых.

Большую роль в транспортировке раненых сыграли нартовые упряжки собак, которые работали отлично. Очень часто на них отвозили раненых на полковые медицинские пункты и даже в медсанбаты. Организация специальных подстав между батальонными

и полковыми пунктами позволила бы значительно повысить эффективность этого удобного вида санитарного транспорта.

Значение батальонных медицинских пунктов в общей системе эвакуации в районе полка усматривается из того, что 71% всех раненых, поступивших на полковые пункты, прошло предварительно через батальонные, где им была оказана соответствующая помощь. Лишь 29% прибывало на полковые пункты минуя батальонные; в основном — это легко раненые или получившие ранение в полковом тылу. О работе этого низового звена медицинской службы можно судить и по срокам доставки раненых на полковые пункты. Так, в срок до одного часа после ранения доставлено 17,4% раненых, от одного до двух часов — 17,1%, от двух до трех — 22%, от трех до четырех — 18%, от четырех до пяти — 10,2%, от пяти до шести — 5,5%, от шести до двенадцати — 6,2% и после 24 часов — 3%. Таким образом около 90% всех раненых прибыло на полковые медицинские пункты в сроки до шести часов после ранения.

Полковые медицинские пункты

Полковые медицинские пункты развертывались в палатках УСТ-41, и оборудовалось, кроме этого, соответствующим образом несколько землянок или блиндажей. В ряде дивизий полковые пункты в исходном положении располагались исключительно в землянках. Все, как правило, имели небольшую емкость — максимум 30—40 мест. Полковые медицинские пункты одноименной дивизии размещались почти всегда кучно, нередко даже — на одной площадке и обычно — в зоне минометного огня противника. Вследствие узости фронта и ограниченного количества дорог в полковом тылу нередко на небольшом участке, в непосредственной близости друг от друга, оказывалось несколько ПМП различных дивизий.

Объем медицинской помощи на полковых пунктах устанавливался общепринятый, и большинство его выдерживало.

Эвакуация из полковых пунктов в медсанбаты осуществлялась в основном конно- и авто-санитарным транспортом. Большую роль играл и общевойсковой транспорт, используемый при обратных рейсах. Так, 52% всех раненых, поступивших в медсанбаты, доставлены конным транспортом, 41% — на автомашинах и лишь 7% прибыло пешком.

Из крупных дефектов в организации работы полковых медицинских пунктов стоит указать на чрезвычайно плохой в отдельных случаях пикетаж, особенно при последующих перемещениях за войсками, и оставление старого пикетажа, что нередко вносило большую путаницу. Следует отметить также отсутствие надлежащей координации работы полковых пунктов, расположенных на одной площадке, даже в рамках одной дивизии. Обычно полковой пункт работает вполне самостоятельно, вне всякой связи с другим. Лишь в некоторых случаях дивизионные врачи временно соединяли два, а иногда и три полковых пункта, что значительно облегчало медицинское обслуживание наиболее активно действовавших

полков за счет использования кадров и имущества полковых пунктов частей, действовавших менее активно.

Полковые медицинские пункты пропустили через себя в среднем 86% всех раненых; 14% прошло мимо них — непосредственно в медсанбаты. Это, несомненно, отрицательный момент, говорящий о недочетах в области организации эвакуации раненых в полку.

Медико-санитарные батальоны

Если полковые медицинские пункты различных дивизий по своей работе не очень отличались друг от друга, то нельзя этого сказать о медико-санитарных батальонах. Боеспособность их была неодинакова, а в ряде случаев резко различна. Наряду с медсанбатами, обладавшими большим опытом работы в прошлом, имелись и менее опытные как в хирургическом, так и в хозяйственном отношении. Они прибыли в армию перед самым началом операции или уже в процессе ее проведения.

Дислокация медсанбатов во время прорыва в основном соответствовала обстановке, но в дальнейшем, при продвижении правого крыла армии, некоторые из них оторвались от войск. Бывали случаи явно нерациональной дислокации — слишком далеко от войск, в стороне от путей эвакуации. Как правило, медсанбаты располагались вблизи дивизионных обменных пунктов, что, однако, не всегда совпадало с интересами медицинской службы. В таких случаях приходилось вмешиваться сверху и указывать медсанбату надлежащее место.

Для помощи в работе более загруженным медико-санитарным батальонам систематически привлекались медсанбаты соседних дивизий, не действовавших в данный момент или менее активно действовавших. Этот маневр практиковался Санитарным отделом в порядке отдельных приказаний. В одном случае для работы в течение нескольких дней был организован специальный межбатальонный распределительный пост, возглавляемый представителем Санитарного отдела. В сферу действия этого поста входило четыре медсанбата, находившихся в непосредственной близости друг от друга и пользовавшихся одной дорогой для эвакуации.

При вполне удовлетворительной работе медицинской службы войскового района в целом во время прорыва блокады уместно отметить и некоторые организационные дефекты.

Дислокация полковых пунктов не везде намечалась с ведома и согласия дивизионного врача, почему иногда они располагались неудачно.

Совершенно недостаточно использовалась возможность маневра медицинскими средствами внутри дивизии — усиление действовавших полковых медицинских пунктов за счет недействовавших, что особенно легко было осуществить при кучном их расположении в дивизии.

Со стороны дивизионных врачей и старших врачей полков мало уделялось внимания созданию достаточного количества мест на полковых медицинских пунктах и их оборудованию в хозяйственно-бытовом отношении.

Наблюдалась недостаточно четкая организация использования порожняка конного и автомобильного транспорта для эвакуации внутри дивизии, особенно из медсанбатов в армейский тыл.

В некоторых медсанбатах поток легко раненых не был отделен от потока тяжело раненых, и оба они проходили все функциональные подразделения батальона вместе.

Естественно, что при действии на узком участке с большой насыщенностью его войсками неизбежно некоторое смешение потоков раненых между дивизиями, и медицинские учреждения обязаны принимать всех поступающих к ним раненых, независимо от принадлежности к той или другой части. Однако массовость рассеивания раненых, имевшая место в некоторых дивизиях, несомненно, во многом зависит от плохой организации эвакуации. Такие факты нередко приводят к тому, что командование получает далеко не полную информацию о количестве раненых в данной дивизии.

Армейские лечебные учреждения

В процессе операции головной полевой эвакопункт первой линии с госпиталями проделал большую работу по хирургической обработке раненых. Достаточно сказать, что через него прошло около 50% всех санитарных потерь армии ранеными, из них подавляющее большинство — нуждавшихся в хирургической обработке.

Распределительный пост у эвакоприемника механически, по отдельным машинам, без просмотра документов, планировал загрузку каждого из госпиталей головного полевого эвакопункта. С приходящих машин снимались в эвакоприемник только легкораненые.

Головной полевой эвакопункт первой линии явился фактически центром руководства всей санитарной службы армии в целом и войскового района в частности. При нем находились: основная группа Санитарного отдела, пункт сбора донесений, весь армейский и приданный санитарный транспорт, склад медицинского имущества боевого обеспечения и база снабжения кровью медсанбатов. Сюда тянулись нити изо всех дивизий. Благодаря близости Санитарного отдела к войскам широко практиковалось личное общение дивизионных врачей с Начсанармом.

Основным недостатком в работе автотранспорта в первое время было отсутствие хорошо налаженной диспетчерской службы. Как следствие этого нередко наблюдался длительный простой машин во время разгрузки в госпиталях второй линии и в некоторых медсанбатах — в ожидании раненых. А в это время в других медсанбатах была нужда в транспорте.

Налаживание этой работы в первые же дни операции практически вылилось в следующую организацию использования санитарного транспорта. При головном полевом эвакопункте первой линии были сконцентрированы весь армейский и приданный автосанитарный транспорт, а также конно-санитарные роты, и организован заправочный пункт. Создана была диспетчерская служба,

которая в любое время могла дать ответ, какие машины, сколько и где находятся и когда ожидается их прибытие. На этот диспетчерский пункт и давались соответствующие распоряжения о высылке на тот или иной участок транспорта.

Прекращен был развоз раненых на машинах, прибывших из медсанбатов на головной полевой эвакопункт второй линии, по его госпиталям. Все машины стали разгружаться на головном полевом эвакопункте первой линии, а отсюда уже раненые развозились по назначению специально выделенным для этого конным транспортом.

Отменена была практика придачи медсанбатам автомашин на длительное время. Было установлено постоянное дежурство одной машины в каждом медсанбате, с посылкой туда машин на определенное количество рейсов — в зависимости от загрузки ранеными.

Наконец на головных полевых эвакопунктах второй линии были организованы контрольные пункты для наблюдения за быстрейшим возвращением автомашин обратно на фронт.

Благодаря всем этим мерам резко повысилась эффективность использования транспорта и облегчился маневр им в пределах армии.

Конно-санитарный транспорт получил широкое применение для эвакуации в войсковом районе и для внутригоспитальных перевозок, особенно на участке: медсанбаты — госпитали первой линии. Кроме того, он использовался для усиления дивизионного звена эвакуации: полковые пункты — медсанбаты в дивизиях, имевших маломощный конный транспорт.

Большое внимание было уделено ликвидации стихийного хождения легко раненых по путям эвакуации, особенно начиная с медсанбатов. Были организованы промежуточные пункты для сбора легко раненых с дежурной машиной, ряд промежуточных постов конно-санитарного транспорта. Устанавливались маршрутные рейсы санитарных машин по путям подвоза и эвакуации для сбора легко раненых, шедших по дорогам. Регулировочные посты направляли в определенные пункты следующих пешком легко раненых и т. д.

С этой задачей санитарная служба справилась хорошо, и неорганизованное движение ходячих раненых в тыл почти полностью прекратилось.

Госпитали второй линии

Работа госпиталей второй линии значительно отличалась от работы тех же учреждений первой линии — по своей специфике, разнообразию задач и объему.

Почти весь поток раненых, обработанных хирургически в медсанбатах, проходил через госпитали и эвакоприемники второй линии. На них возлагалась сложная функция головного этапа эвакуации по железной дороге. Все раненные в голову поступали в специализированные госпитали, входившие в состав головных полевых эвакопунктов второй линии.

На госпитали второй линии, кроме лечебной, возлагалась и контрольная функция в отношении раненых, поступавших непосредственно из медсанбатов, перед отправкой их дальше в тыл и т. д. Через эти госпитали проходили все контингенты раненых, подлежавших эвакуации в госпитальные базы армии и фронта из госпиталей первой линии.

Практика работы головных полевых эвакопунктов второй линии в первые дни операции показала, что внутренняя их организация и лечебно-эвакуационные планы не были тщательно продуманы. Отсутствовала четкая детализация отдельных сторон работы распределительного пункта, который являлся очень важным звеном во всей организации работы головного эвакопункта. Практиковался довольно сложный подход к вопросу о распределении раненых по госпиталям. Задерживался прибывавший транспорт с ранеными. Система сортировки раненых в машинах по документам на распределительном посту оказалась несостоятельной, как и система развоза раненых после такой сортировки на том же транспорте по госпиталям головного эвакопункта. Нередко раненые, прибывшие на одной машине, развозились по одному—по два в различные по профилю госпитали. Последнее приводило к продолжительной задержке транспорта на головном эвакопункте, а при ограниченном количестве санитарного транспорта вообще резко отражалось на эвакуации из медсанбатов и головного эвакопункта первой линии.

В процессе работы система распределения раненых была реорганизована и свелась к направлению прибывавших машин с распределительного поста по двум направлениям: с головного эвакопункта первой линии — непосредственно в прирельсовый приемник для эвакуации в госпитальные базы армии и фронта и из медсанбатов — в приемник головного эвакопункта, где машины полностью разгружались. В эвакоприемнике производилась сортировка раненых, которые развозились по госпиталям на специально выделенном для этого конном транспорте, что являлось очень удобным в обстановке кучного расположения госпиталей. Эвакоприемник принял на себя роль распределителя основного потока раненых внутри головного эвакопункта.

Исключительно большую роль сыграли организованные обоими головными эвакопунктами второй линии в непосредственной близости к погрузочным площадкам мощные прирельсовые приемники. Подготовленные в госпиталях первой линии к эвакуации раненые непосредственно погружались в поезда, минуя госпитали второй линии. Контроль за транспортабельностью раненых, поступавших с головного эвакопункта первой линии, осуществлялся непосредственно в прирельсовом приемнике. Наличие этих приемников позволило намного сократить время погрузки в военно-санитарные поезда и летучки, поскольку раненые подвозились на эвакуацию в прирельсовый приемник из госпиталей второй линии заблаговременно. Емкость прирельсовых приемников в основном обеспечивала загрузку одной летучки или поезда.

Цифровые показатели возвращения в строй легко раненых прак-

тически, как показал опыт, настолько ощутимы, что этот вопрос занимает солидное место в деле укомплектования частей из собственных ресурсов армии обученными, имеющими боевой опыт кадрами. Вполне понятно, что командование предъявляет к нам, медицинским работникам, весьма серьезные требования в этой области. У нас по истечении двух с половиной месяцев от начала операции прорыва блокады возвращено в части по выздоровлении 75,7% от количества задержанных в пределах армии раненых и больных.

В процессе операции после прорыва обороны противника и продвижения войск вперед маневр медицинскими средствами производился согласно лечебно-эвакуационному плану и не представлял особых затруднений в связи с ограниченностью задач, поставленных перед армией в пространственном отношении. Расположение госпиталей первой и второй линии кустами позволило быстро, не меняя установившейся раньше системы эвакуации, осуществить намеченное перемещение госпиталей на новый рубеж. Маневр учреждениями был осуществлен в виде создания нового головного полевого эвакопункта первой линии опять-таки вблизи медсанбатов.

НАСТУПАТЕЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ В ЯНВАРЕ 1944 г.

Условия медицинского обеспечения армии при наступлении южнее Ораниенбаума резко отличаются от вышеописанных в смысле как мощности средств медицинской службы, так и специфической для данного театра военных действий санитарно-тактической обстановки.

Лечебно-эвакуационный план обеспечения операции строился с учетом этих особенностей санитарно-тактической обстановки и полного отсутствия на известное время эвакуации за пределы армии, кроме очень ограниченного контингента раненых на самолетах.

Были приняты меры к увеличению мощности госпиталей до пределов, обеспечивающих прием, размещение и лечение раненых до получения возможности их плановой эвакуации. В лечебно-эвакуационном плане особенное внимание было обращено на максимальное плановое использование всех медицинских ресурсов армии. При явно недостаточном количестве полевых госпиталей большое значение приобретала четкая организация маневра ими.

Не имея возможности в рамках настоящей статьи подробно изложить все вопросы, характеризующие организацию медицинского обеспечения войск в этом периоде, коснемся лишь основных моментов.

Этапы эвакуации войскового района дислоцировались в исходном положении на сближенных расстояниях: полковые медицинские пункты — в 2—5 км от переднего края, медсанбаты — от 5 до 8 км. В связи с узким фронтом прорыва медсанбаты располагались кучно, что хорошо обеспечивало, при необходимости, их взаимодействие.

Все хирургические и терапевтические полевые госпитали были дислоцированы в двух кустах в непосредственной близости к медсанбатам, располагаясь от них на расстоянии 1,5 км в одном случае и до 4—5 км — в другом. Все они выполняли функцию госпиталей первой линии, предназначенных для приема необработанных раненых из медсанбатов или непосредственно из полков. Каждый куст госпиталей объединялся головным полевым эвакопунктом или его отделением.

Все медсанбаты и полевые подвижные госпитали располагались в лесах — в палатках. В исходном положении жилой фонд увеличивался за счет простейших домов, построенных госпиталями. Общая емкость полевых учреждений была увеличена в два раза против штатной.

Госпитальная база армии дислоцировалась в 18—20 км от госпиталей линии и тоже была увеличена в своей коечной мощности приблизительно вдвое.

Мы были уверены в продвижении наших частей вперед и знали, что в первую очередь нам нужно будет передислоцировать вслед за ними медико-санитарные батальоны. Поэтому, во избежание перегрузки медсанбатов нетранспортабельными послеоперационными ранеными и тем самым ослабления их мобильности, был установлен сокращенный объем хирургической помощи в отношении раненных в живот и грудь с сохранением, однако, полного объема медицинской помощи всем раненым, которые после хирургического вмешательства не подлежали оставлению в медсанбатах. Этим достигалось максимальное использование мощных хирургических сил войскового района. Пострадавшие с проникающими ранениями живота и грудной клетки, кроме требовавших по жизненным показаниям оперативного вмешательства в медсанбатах, передавались для операции в госпитали первой линии. В медико-санитарных батальонах, находившихся в непосредственной близости от госпиталей (1—1,5 км), объем помощи и этим категориям раненых не ограничивался, так как нетранспортабельные в случае передислокации медсанбата могли быть после операции переправлены в госпиталь на носилках.

После прорыва обороны противника и начавшегося стремительного продвижения войск вперед объем помощи в медсанбатах очень часто менялся в зависимости от их дислокации по отношению к госпиталям, состояния путей эвакуации и резко менявшейся оперативной обстановки.

Из медсанбатов все раненые поступали в приемник головного полевого эвакопункта, где происходила сортировка по назначению в соответствующие госпитали армейской базы. Необработанных раненых (тяжело и средней тяжести) немедленно направляли в хирургические подвижные госпитали данного куста госпиталей; легко раненых оставляли для обработки в эвакоприемнике. Хирургически обработанных раненых, а также нуждавшихся в специализированной помощи, направляли в госпитали армейской базы.

Как и в описанной выше операции, была выделена группа Санитарного отдела, которая все время находилась при госпиталях первой линии. Здесь же, как и прежде, концентрировались весь транспорт и средства усиления.

Стремительное продвижение армии вперед требовало от санитарной службы высокой мобильности и частых передислокаций во избежание отрыва от войск. Медсанбаты передвигались обычно двумя эшелонами, нередко оставляя на старом месте на несколько дней нетранспортабельных раненых с обслуживающим составом.

Полевые подвижные госпитали располагались концентрированно, кустами, в составе головного эвакопункта с двумя-тремя госпиталями, следуя за войсками по основному армейскому пути подвоза и эвакуации поочередно, передавая всех раненых остававшимся временно на старом месте госпиталям. С началом функционирования нового куста подготавливались к свертыванию госпитали, находившиеся на старом месте, и т. д. Дольше всех оставались на прежних местах терапевтические госпитали, принимавшие на себя нетранспортабельных из всех госпиталей. Им придавалась хирургическая группа усиления. Благодаря всему этому представлялась возможность даже при малом количестве госпиталей своевременно подтягивать полевые учреждения за войсками.

На протяжении месяца наступательных боев большинство полевых госпиталей передислоцировалось до четырех-пяти раз, начиная прием раненых на новом месте по истечении суток — полутора с момента получения приказания о передвижении. Медсанбаты меняли место еще чаще.

Опыт медицинского обеспечения наших двух наступательных операций, проведенных в сложной боевой и санитарно-тактической обстановке, позволяет по ряду вопросов сделать практические выводы, небесполезные и для других фронтов.

По войсковому району

Необходима тщательная организация пикетажа по всем этапам эвакуации — не только с фронта, но и обязательно по направлению из тыла. При передислокации учреждений или изменении путей эвакуации пикетаж должен быть снят, чтобы не вводить в заблуждение раненых, следующих пешком. Особенно это касается полковых медицинских пунктов.

На участке наступления дивизии следует практиковать групповое расположение полковых медицинских пунктов и организацию их взаимодействия друг с другом вплоть до временного слияния, без утери, однако, организационной самостоятельности на случай экстренной передислокации. Надо помнить о возможности маневрирования отдельными полковыми пунктами путем поочередного их перемещения.

Должна быть повышена активность дивизионного врача в отношении определения места дислокации полковых медицинских

пунктов и медсанбатов. При этом совсем не обязательно слепо придерживаться распространенного принципа развертывания их в месте дислокации полковых и дивизионных обменных пунктов. Вопрос должен решаться с учетом всего комплекса соображений, направленных к наилучшему лечебно-эвакуационному обслуживанию раненых.

Нужно обязательно учитывать построение армейской системы эвакуации при определении места для медсанбата, и это место должно быть согласовано с Начсанкором и Начсанармом.

Дивизионный врач, как главный организатор эвакуации в районе дивизии, во время боев должен находиться там, где более трудно, там, откуда ему легче руководить эвакуацией раненых из полков. Постоянное или преобладающее пребывание его в медсанбате следует решительно осудить.

При наступлении дивизии на узком фронте надо чаще применять групповое расположение медсанбатов, допускающее широкое маневрирование ими в пределах корпуса, как кадрами, так и материальными средствами, в частности — транспортом.

Каждый медсанбат должен иметь четко отработанный план передислокации двумя эшелонами с одновременной работой в различном объеме в двух точках и систематически тренировать личный состав по этому плану.

При организации приема в медсанбатах надо отделять поток легко раненых от остальных пораженных в бою. В весенне-летний период, а при наличии помещения и вне зависимости от сезона, следует практиковать при каждом медсанбате (необязательно в месте его дислокации) организацию команды легко раненых со сроком лечения до 10—15 суток.

По армейскому району

Расположение полевых госпиталей первой и второй линии кустами, объединенными в головных эвакопунктах, является весьма полезным, так как сильно облегчает маневрирование лечебными учреждениями.

Наиболее целесообразно использование терапевтического ППГ в наступлении (особенно при недостаточном количестве хирургических госпиталей) в кустах госпиталей первой линии с дополнительной функцией приема нетранспортабельных раненных в грудь и живот, их стационарного лечения до восстановления транспортабельности, а при передислокации последнего госпиталя из куста — приема и остальных категорий нетранспортабельных раненых. Для осуществления этого терапевтический госпиталь должен располагаться рядом с одним из хирургических полевых подвижных госпиталей.

При нехватке госпиталей первой и второй линии в качестве компенсации вполне себя оправдало выделение из эвакуационных госпиталей и госпиталей для легко раненых подвижных отделений на 200—250 мест со своим палаточным фондом, персоналом и имуществом. Ввиду довольно слабой их хозяйственной организа-

ции эти подвижные отделения можно придавать эвакоприемникам или хирургическим полевым госпиталям. Если же есть возможность создания в этих отделениях хорошей хозяйственной организации, то следует отдавать предпочтение самостоятельному их существованию в составе головных полевых эвакопунктов с функцией хирургических полевых госпиталей.

Рассредоточенное размещение госпиталей первой линии можно рекомендовать лишь при наличии самостоятельных эвакуационных направлений в полосе действия армии; однако из указанных выше соображений целесообразно располагать их попарно.

Нужно принять за правило организацию на головных полевых эвакопунктах мощных прирельсовых приемников емкостью минимум на летучку или временный военно-санитарный поезд.

Во избежание многоэтапности и излишних перевозок госпитали для легко раненых следует располагать на уровне госпиталей второй линии.

В целях большей оперативности в работе и лучшей связи с войсками при наступлении мы можем, на основе нашего опыта, рекомендовать следующую организацию управления медицинской службой.

Центр управления — в составе оперативной группы Санитарного отдела — должен находиться при госпиталях первой линии, имея самостоятельный пункт сбора медицинских донесений из частей, 3—7 офицеров связи, подвижные средства связи и телефонную связь (как минимум) с командным пунктом и управлением тыла.

При управлении тыла остается тыловая группа Санитарного отдела.

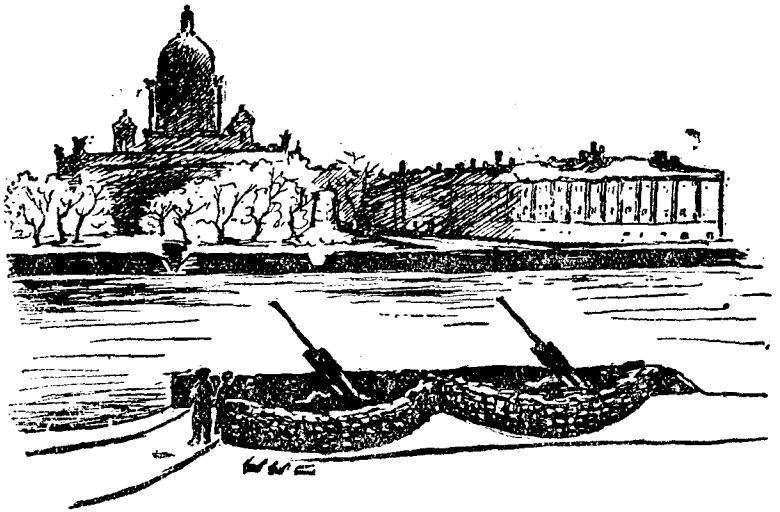
В целях перенесения центра тяжести работы Санитарного отдела на войсковой район (объем работы возрастает) госпитали второй линии необходимо подчинять головному эвакопункту, дислоцируя при этих госпиталях его оперативную группу и возложив на него руководство всей эвакуацией по железной дороге.

Основная часть авто-санитарного транспорта должна быть сконцентрирована в районе госпиталей первой линии. Руководство транспортом и эвакуацией по грунту до госпиталей второй линии следует поручать начальнику головного полевого эвакопункта первой линии, а при отсутствии этого эвакопункта в районе госпиталей первой линии — оставлять за Санитарным отделом. В любом случае в распоряжении Начсанарма необходимо иметь резерв в количестве 10—15% всего автотранспорта.

Следует до малейших деталей планировать использование автотранспорта и вести точный учет его работы. Хорошо организованная диспетчерская служба намного повышает эффективность работы автотранспорта. Закрепление машин за определенными медсанбатами на продолжительное время себя не оправдало — понижает маневренность. Целесообразнее использовать машины по отдельным заданиям на определенное количество рейсов из того или иного медсанбата с возвращением в парк после выполнения задания.

При передислокации госпиталей, как показал опыт, возможность использования санитарных машин, идущих в медсанбат, для перевозки части груза госпиталей вполне реальна и, при правильной организации этого дела, должна всемерно практиковаться.

Вполне оправдала себя принятая в нашей армии практика создания на срок операции, для целей переброски медицинских учреждений, специального транспортного взвода при авто-санитарной роте армии за счет временно изъятых из госпиталей грузовых машин.



М. И. ШРАЙБЕР
Подполковник медицинской службы, армейский хирург

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДВУХ АРМЕЙСКИХ НАСТУПАТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

РЕЧЬ идет о двух боевых операциях: прорыв блокады (январь 1943 г.) и окончательное освобождение Ленинграда и Ленинградской области от немецких захватчиков (январь—февраль 1944 г.).

Условия медицинской работы в обе рассматриваемые операции были совершенно различны. В 1943 г. армия действовала вне вражеского кольца, имея за собой нормальной растяжки армейский тыл. В 1944 г. мы начинали операцию на вошедшем уже в историю знаменитом Ораниенбаумском плацдарме («пятачке») — клочке земли к западу от Ленинграда, в тылу у врага. Окруженные с трех сторон немцами и имея за своей спиной непроходимый в эту пору Финский залив, мы имели ограниченные возможности эвакуировать раненых за пределы армии, пока наши части не пробили себе дорогу на «Большую землю».

Ротный район, батальонный и полковой медицинские пункты

Хирургия войскового и армейского районов теснейшим образом связана с деятельностью людей и учреждений передовой линии фронта. Операция по прорыву блокады совпала с повсеместно проводимыми (по указанию Главного военно-санитарного управления Красной Армии) мероприятиями, направленными к упорядочению выноса раненых с поля боя.

Раньше ротные санитары нередко доставляли раненых не только до батальонного, но иногда даже и до полкового меди-

цинского пункта. В обе же рассматриваемые операции ротные санитары занялись лишь своим непосредственным делом — оттаскиванием раненых до ближайшего укрытия, предоставляя санитарам-носильщикам остальное. Такое распределение труда благоприятно сказалось на сроках доставки раненых на полковой медицинский пункт.

Благодаря специфическим условиям ведения боя в лесистой местности наблюдалась своеобразная «эвакуация по назначению». Значительная часть раненых (особенно легко раненых) попадала на полковой пункт непосредственно с поля боя, минуя батальонный. В конце концов это сокращение лишнего этапа оказалось полезным, ибо оно укорачивало сроки эвакуации.

Лесистая местность в значительной степени облегчала задачу дневной эвакуации с поля боя. Благодаря этому оказалось, что подавляющее большинство раненых попадало на полковые медицинские пункты в благоприятные сроки. Так, в операцию 1943 г. в первые шесть часов после ранения на полковые пункты поступило 90,8% всех раненых, в операцию же по окончательному снятию блокады эта цифра снизилась до 84,8%. В первые три часа после ранения на полковые пункты поступило: в операцию 1943 г. — 57,1%, в операцию 1944 г.—65,8%, спустя двенадцать часов — 3% и 6,3%.

К сожалению, за последними, хотя и небольшими цифрами кроются преимущественно тяжело раненые, которых трудно было найти ночью.

В обе операции полковые пункты, в общем, справились со своей задачей неплохо. Правда, были и некоторые серьезные дефекты в работе. Здесь прежде всего следует поднять вопрос о перевязочной деятельности этих пунктов.

Руководимые наилучшими стремлениями, санитарные начальники всех степеней требовали и требуют от полковых врачей возможно более точной диагностики повреждений. Разумеется, это требование может быть выполнено лишь при условии чуть ли не поголовной перевязки раненых. Почти так на практике и получается. В операцию 1943 г. на полковых пунктах было перевязано 64,9% всех раненых. В операцию 1944 г. эта цифра возросла до 71%, причем только в 18,5% были наложены повязки первично, а в 52,5% дело идет уже о повторных перевязках. Если исключить из этой цифры весьма небольшой процент перевязок, сделанных по медицинским показаниям (смена промокшей или неудовлетворительно наложенной повязки и т. п.), окажется, что главную массу раненых перевязывали «для уточнения диагноза». С большой выгодой для раненых следует ограничить эти массовые перевязки на полковых пунктах. Сейчас уже мы настаиваем на том, чтобы каждая смена повязки на полковом пункте была медицински обоснована.

Очень трудно бывает в ряде случаев на полковом пункте оказать хотя бы элементарную помощь раненым, находящимся в шоке, когда поток пострадавших велик, а быстрое продвижение войск вынуждает к частой передислокации. Хорошее согревание, высуши-

вание одежды, введение наркотиков и сердечных проводилось всегда. О переливании крови, разумеется, не могло быть и речи. Столь необходимый для этих раненых, хотя бы кратковременный отдых также не всегда удавалось осуществлять. Во всяком случае, в связи с действием частей на узком участке фронта полковые пункты, располагающиеся обычно невдалеке друг от друга, передислоцировались поочередно, передавая тяжело раненых соседу, уходившему последним. Это возможно, когда у полковых врачей хорошо воспитано чувство взаимопомощи.

Медико-санитарные батальоны

В любых условиях медико-санитарные батальоны являются основой армейской хирургической организации. Их работа в значительной степени предопределяет уровень хирургической помощи в армии, в том числе и в успешно наступающей современной армии. Задача заключается лишь в том, чтобы хорошо организовать взаимодействие медсанбатов с полевыми госпиталями первой линии и эвакопунктом, их обслуживающим.

Мы старались в любых условиях держать в определенном тонусе хирургическую деятельность медсанбатов, не допуская снижения объема их работы до уровня полковых пунктов. Если оставить в стороне помощь по жизненным показаниям (кровоточащим, задыхающимся, раненым в состоянии шока и т. п.), которая должна оказываться в любых условиях, то остается еще большая часть раненых, которые нуждаются в помощи различной степени срочности. При этом часть их после оперативного вмешательства заведомо будет нуждаться в более или менее длительном послеоперационном лечении, в то время как другие будут транспортабельными сразу же после вмешательства. Наша тактика в отношении этих категорий раненых, в общем, выражалась в следующем.

Всех раненых, могущих быть эвакуированными сразу или спустя короткий срок после оперативного вмешательства (большинство раненных в конечности), мы старались оперировать в медсанбатах, так как эта категория пострадавших нисколько не снижала мобильности учреждения.

Что касается нуждающихся в послеоперационном лечении, то вопрос о них решался различно для каждого медсанбата, в зависимости от ряда условий. Если в непосредственной близости располагался полевой госпиталь первой линии, то в медсанбате широко оперировали эту категорию пострадавших и в случае передислокации переправляли раненых на носилках в стационар госпиталя. Такая же линия поведения проводилась и в тех случаях, когда имелась в виду перспективная (реально) передислокация госпиталя на место уходившего медсанбата. Если медсанбат дислоцировался в некотором отрыве от существовавшей и предполагаемой основной оси эвакуации (которая подкреплялась немногочисленными хирургическими госпиталями первой линии), то таких раненых разрешалось эвакуировать для оказания помощи

в хирургический полевой госпиталь первой линии. При всем этом принималось во внимание и состояние дорог.

Если мощный в хирургическом и материальном отношении медсанбат отстоял далеко от госпиталя и дорога была плохой, то мы настаивали на расширении объема помощи в этом медсанбате, с неизбежным впоследствии эшелонированным его передвижением.

В случаях значительного увеличения потока раненых часть их, во избежание излишней задержки в оказании хирургической помощи, эвакуировали в хирургический госпиталь первой линии. При этом в медсанбате предпочтительно оказывали помощь пострадавшим с большими сроками ранений и особенно опасным в смысле возможности возникновения анаэробной инфекции (нижние конечности). Раненных в живот распределяли более или менее равномерно между медсанбатом и хирургическим полевым госпиталем для того, чтобы не создавать «пробок».

Такова была наша линия поведения в отношении медсанбатов. В общем, она может быть сформулирована так: максимальное развязывание хирургической активности, осуществляемое, однако, в различных вариантах для каждого учреждения в отдельности, в зависимости от санитарно-тактической обстановки данного участка фронта и особенностей медсанбата.

В итоге оказалось, что во время прорыва блокады в медсанбатах совершено 41,2% операций по отношению ко всему потоку раненых, а в наступлении 1944 г. — 48,6%, несмотря на стремительное продвижение частей на значительные расстояния. Если принять, что обычно около 75% раненых нуждается в хирургической помощи, то окажется, что почти две трети раненых было подвергнуто операциям в медсанбатах.

Важно отметить, что при столь обширной хирургической деятельности медсанбаты не отрывались от своих быстро идущих вперед дивизий. Это оказалось возможным благодаря своевременному выдвижению вперед хирургических полевых госпиталей первой линии и эшелонированному движению медсанбатов.

В последнюю боевую операцию нам удалось, наконец, добиться того, чтобы командиру госпитального взвода медсанбата (обычно терапевту) было по-настоящему доверено лечение нетранспортабельных раненых и руководство шоковой палаткой (конечно, при систематической консультации хирурга). От этого мероприятия лечение группы тяжело раненых значительно улучшилось. Теперь именно в период активных боевых действий терапевты медсанбатов нашли себе широкое поле деятельности.

Хирургические полевые подвижные госпитали первой линии

Почти всегда эти госпитали дислоцировались на уровне медико-санитарных батальонов или в непосредственной близости от них. Только в дни особенно стремительного продвижения войск наблюдалось некоторое отставание хирургических госпиталей. Впрочем, даже в худших вариантах расстояние от медсанба-

тов до хирургических госпиталей первой линии никогда не служило серьезным препятствием для эвакуации группы тяжело раненых, ибо армия действовала в районе, богатом более или менее удовлетворительными дорогами.

В операцию по прорыву блокады часть раненых у нас еще просачивалась в госпитали второй линии без хирургической обработки. В последнюю же наступательную операцию хирургические госпитали первой линии вместе с медико-санитарными батальонами явились кольцом, внутри которого оказывалась первичная хирургическая помощь всем нуждавшимся в этом раненым. Исключение составили лишь раненные в голову (черепные, челюстно-лицевые, глазные) и пострадавшие с незияющими ранениями суставов. Первых оперировали на разных этапах войны в хирургических полевых госпиталях второй линии (чаще) или в эвакуационных госпиталях (реже), а вторых чаще всего эвакуировали во фронтовой тыл, где и решался вопрос об их нуждаемости в операции.

Чаще всего поток раненых из медсанбатов распределялся так, что легко раненые направлялись непосредственно в эвакоприемник, минуя хирургический госпиталь. Здесь с помощью групп отдельной роты медицинского усиления всех легко раненых, нуждавшихся в хирургической помощи, оперировали. Если хирургический полевой госпиталь действовал в отрыве от эвакоприемника, то ему приходилось принимать и легко раненых, развертывая для них специальные операционные.

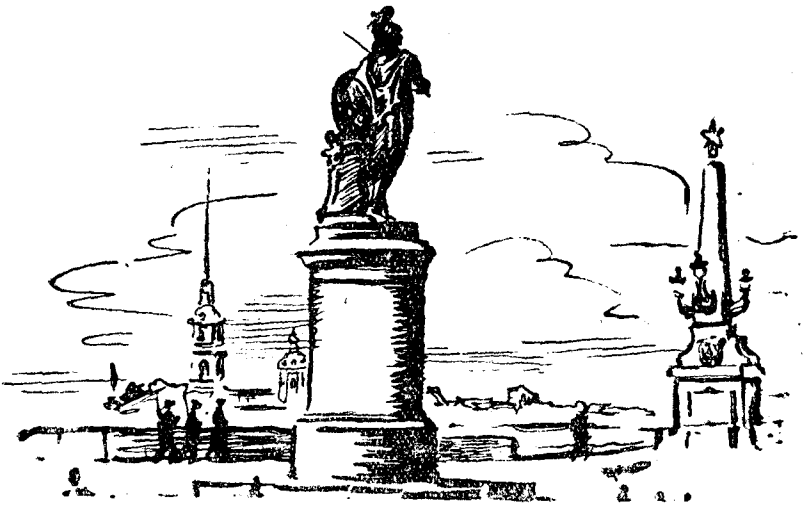
Внутреннее устройство хирургического полевого подвижного госпиталя копировало у нас до некоторой степени структуру медико-санитарного батальона. Каждый госпиталь имел в своем составе: приемно-сортировочное отделение, хирургический блок, стационар и эвакуационное отделение. Каждый врач (за исключением старшего хирурга) в дни своих дежурств по госпиталю осуществлял сортировку и руководил эвакуацией раненых из госпиталя. Старшему ординатору-терапевту госпиталя в последнюю боевую операцию было целиком доверено лечение нетранспортабельных раненых, находившихся в стационаре. Хирургический контроль осуществлялся ежедневно старшим хирургом госпиталя. Хирургические блоки строились стандартно во всех полевых госпиталях и располагались в четырех палатках (3 УСТ и 1 УСБ), включая сюда и шоковую.

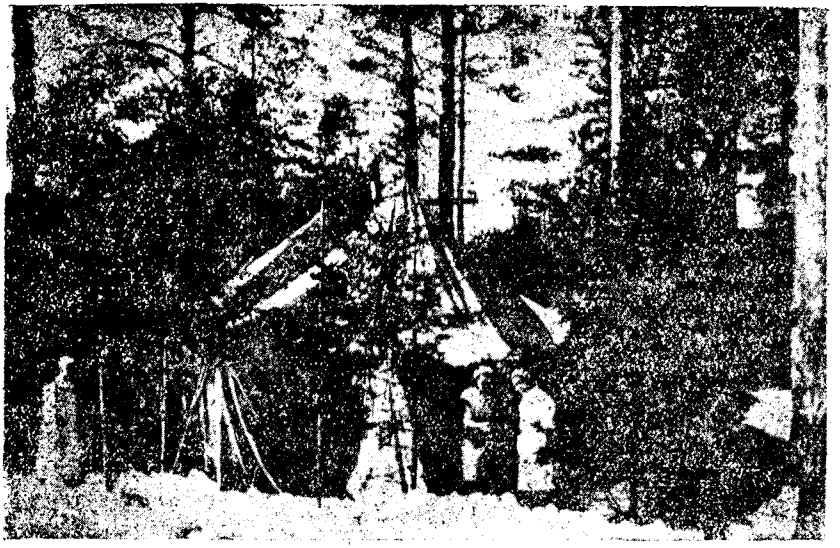
Особого внимания заслуживает взаимосвязь хирургических и терапевтических полевых госпиталей. Терапевтические развертывались «встык» с одним или несколькими хирургическими госпиталями и выполняли функцию стационара для раненных в грудь и живот. Наши терапевтические госпитали, вполне приспособленные к уходу за тяжело больными, со штатом опытных врачей-терапевтов, обеспечили хороший уход и лечение группе наиболее тяжело раненых. В помощь терапевтам на несколько часов в день выделяли хирурга, систематически наблюдавшего раненых. Мелкие перевязки раненым осуществляли в перевязочной терапевтического госпиталя. При необходимости в повторных

оперативных вмешательствах раненых передавали обратно в хирургический госпиталь (последнее бывало редко).

В случае необходимости наши хирургические госпитали переправляли всех нетранспортабельных раненых в терапевтический госпиталь и оказывались свободными для движения вперед.

В истекшую боевую операцию мы получили определенное снижение смертности среди оперированных по поводу ранений живота. В этом снижении цифры смертности сыграли роль и улучшенные дороги, и ускорение сроков доставки раненых, и широкое применение стрептоцида. Несомненно также, что тут имеет большое значение и то обстоятельство, что раненые после операции попадали в руки довольно опытных терапевтов, которые активно их лечили.





М. РАППОПОРТ
Полковник медицинской службы,
доктор медицинских наук

ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УСЛОВИЯХ СТАБИЛЬНОЙ ОБОРОНЫ

ОСНОВНЫМИ этапами организации терапевтической службы войскового района явились: разделение функций армейского терапевта и армейского токсиколога; создание штатной должности армейского терапевта; организация госпитальных взводов медсанбатов, возглавляемых терапевтом; обеспечение такой системы работы командира госпитального взвода, при которой он фактически является дивизионным терапевтом; создание полевых подвижных терапевтических госпиталей; замещение терапевтом одной из ординаторских должностей в хирургическом полевом подвижном госпитале.

К концу 1941 г., еще до того как завершился указанный организационный период, терапевтическая служба должна была выдержать тяжелое испытание в связи с распространением в войсках Ленинградского фронта заболеваний на почве недостаточного питания.

«Травматическая эпидемия» стушевалась в те дни перед эпидемией алиментарного истощения. Соотношение количества больных и раненых резко изменилось в сторону преобладания первых.

Значение терапевтической службы в условиях современной войны было подчеркнуто опытом Ленинградского фронта с особой силой.

Условия блокады Ленинграда, повлекшие распространение алиментарного истощения, вызвали одновременно ряд тяжелых затруднений в обслуживании больных. Ряд полевых санитарных учреждений (не только полевых подвижных госпиталей, но и медсанбатов) размещался в зданиях городского типа. Лишенные воды, света, тепла, в условиях непрерывных бомбежек и артиллерийских обстрелов этапы эвакуации принимали потоки больных, не имея возможности всегда обеспечить их надлежащими условиями ухода. Трудности преодолевались исключительным напряжением сил медицинского персонала, и эта сравнительно быстро перевернутая страница жизни терапевтической службы Ленинградского фронта заслуживает упоминания, так как лишний раз свидетельствует о героических делах наших людей.

К весне 1942 г. терапевтическая служба Ленинградского фронта вышла из этих тяжелых испытаний окрепшей организационно, обогащенной опытом обслуживания большого количества больных в исключительно трудных условиях.

К этому времени был пройден и ряд этапов, организационно обеспечивавших систему терапевтического обслуживания войск. В дальнейшем система эта совершенствовалась по мере накопления боевого опыта.

Наиболее существенными из особенностей обстановки, характеризовавших условия работы санитарной, и в частности терапевтической, службы в течение всего периода блокады, являлись: отсутствие частых перемещений санитарных этапов; сокращение оси эвакуации и в связи с этим нарушение общепринятых санитарно-тактических установок в части расстояний между этапами и последовательности их расположения; наличие жилого фонда, в частности зданий школьного типа, которые могли быть использованы для размещения ряда этапов (не только медсанбатов, но и, например, терапевтических полевых подвижных госпиталей); близость такого крупного промышленного, политического и культурного (в частности медицинского) центра, как Ленинград.

Эти особенности позволяли даже в наиболее трудные моменты, связанные с условиями блокады, предъявлять повышенные требования к работникам терапевтической службы, к качеству их работы. Относительное постоянство дислокации этапов обеспечивало возможность их работы в условиях, приближавшихся к стационарным. Все это объясняет, почему терапевтическая служба Ленинградского фронта смогла развернуть работу в объеме, недостижимом в иных, менее благоприятных условиях.

Структура терапевтической службы войскового района

Ответственным лицом терапевтической службы войскового района является дивизионный терапевт. Руководство армейского терапевта должно обеспечить фактическое осуществление командиром госпитального взвода медсанбата функций дивизионного тера-

певта. Качество работы терапевтической службы войскового района определяет успех всей терапевтической службы армии в решении стоящих перед ней основных задач.

В руках дивизионного терапевта (командира взвода) сосредоточивается вся коечная сеть дивизионного медицинского пункта. Функцией обоих терапевтов медсанбата, т. е. командира госпитального взвода и его ординатора, является лечение всех стационированных на дивизионном медицинском пункте контингентов. Место терапевтов медсанбата тем самым отчетливо определено как во время обороны, так и в условиях наступательной операции. Освобождая хирургов для работы в хирургических подразделениях дивизионного медицинского пункта, терапевты не отрываются уже для выполнения несвойственных им функций.

Связь дивизионного терапевта с полковым медицинским пунктом должна быть исключительно тесной. Она начинает осуществляться уже в процессе амбулаторного приема, проводимого в медсанбате и позволяющего учесть как сильные, так и слабые стороны терапевтической работы полкового медицинского пункта. Однако постоянный контакт терапевтов медсанбата с полковым медицинским пунктом является предпосылкой успеха работы терапевтической службы дивизии и должен обеспечиваться плановой работой дивизионного терапевта на полковом медицинском пункте. Эта работа включает в себя систематические (по расписанию) консультативные амбулаторные приемы на полковом медицинском пункте, обходы стационара (и изолятора) этого пункта, равно как и контроль за выполнением действующего лечебно-эвакуационного плана, руководство лечебно-профилактической работой санитарной службы части.

Функциональными подразделениями полкового медицинского пункта, которые могут рассматриваться как первичные звенья терапевтической службы дивизии, являются: амбулатория—стационар—изолятор.

Последующим терапевтическим этапом для медсанбата в условиях обороны должен быть терапевтический полевой подвижной госпиталь. Эвакуируемые из медсанбата в соответствии с действующим эвакуационным планом больные через эвакопункт или непосредственно (в зависимости от местных условий) поступают в тот терапевтический полевой подвижной госпиталь, к которому прикреплен данный медсанбат. Опыт показал, что специализирование терапевтического полевого госпиталя по определенному лечебному профилю нерационально, так как не обеспечивает для этого госпиталя возможности систематического руководства терапевтической работой медсанбата. Наиболее удачным разрешением вопроса для условий стабильной обороны является распределение действующих медсанбатов по двум терапевтическим госпиталям, располагающимся обычно на флангах армии. Терапевтический полевой госпиталь, обслуживая, в среднем, от двух до пяти медсанбатов, имеет возможность осуществлять систематическое руководство лечебно-эвакуационной деятельностью терапевтов медсанбатов, включая их в работу, проводимую терапевтами

госпиталя. Терапевты медсанбатов имеют возможность при этой системе следить за судьбой своих эвакуированных больных.

Эвакуация терапевтических больных по назначению осуществляется начиная с медсанбата. Инфекционные больные начиная с батальонного медицинского пункта имеют отдельную ось эвакуации, не смешиваясь с прочими контингентами (минуя сортировочные отделения).

Терапевтические больные, нуждающиеся в длительных сроках лечения, могут (в соответствии с действующим эвакуационным планом) направляться из медсанбата непосредственно на госпитальную базу армии, т. е. через терапевтическое отделение сортировочного эвакогоспиталя в терапевтические отделения (обычно профилированные) одного из эвакогоспиталей или даже непосредственно на госпитальную базу фронта.

При сроках лечения, допускаемых лечебно-эвакуационным планом в условиях стабильной обороны, количество больных, направляемых непосредственно на госпитальную базу армии и тем более на базу фронта, является крайне незначительным. Таким образом оба терапевтических госпиталя, осуществляя функцию армейского стационара, являются фильтром, не пропускающим за пределы армии тех больных, которые могут быть возвращены в нее в короткие сроки. Так же и стационары дивизионного медицинского пункта осуществляют функции фильтра, возвращая больных по выздоровлении непосредственно в их подразделения.

Представителем терапевтической службы в хирургическом полевом подвижном госпитале является старший ординатор (терапевт) госпиталя.

Лечебно-эвакуационный план

В условиях стабильной обороны возникает возможность увеличения сроков лечения для этапов войскового района. Так, например, в период наибольшего развития алиментарного истощения (зима 1941/42 гг.) загрузка госпитальной базы армии вызвала необходимость резкого расширения стационаров не только дивизионных, но и полковых медицинских пунктов, превратившихся в своеобразные госпитальные отделения. Расширение объема лечебной работы этапов предполагает необходимость соответствующего и своевременного обеспечения расширяемых стационаров как материальной, так и консультативной помощью. В условиях наступления работа по лечебному обеспечению терапевтических больных может свернуться до такой степени, что дивизионный медицинский пункт будет в состоянии выполнять лишь функции сортировки, а терапевтический полевой госпиталь — задерживать больных на сроки не свыше 3—5 дней.

Условия обстановки предопределяют также и характер маневра этапов эвакуации (в частности, терапевтических и хирургических полевых госпиталей), профилизацию их, заставляя возлагать на определенные учреждения специальные задачи. Все это в значительной степени может видоизменить эвакуационную работу терапевтических этапов.

Лечебно-эвакуационный план, разрабатываемый Санитарным отделом армии и издаваемый приказом по тылу армии, координируя работу этапов, действует в течение определенного календарного периода. План дает сроки задержки больных на этапах, профиль санитарных учреждений. В соответствии с указаниями плана строится и эвакуационная характеристика нозологических форм. Эта последняя представляет собой одну из стержневых глав военно-полевой терапии. Обеспечивая единство понимания нозологических форм, единство поведения этапов в отношении поступающих контингентов, данная глава военно-полевой терапии призвана помочь успешному решению терапевтической службой ее основных задач.

Организация лечебно-профилактической работы

Корни массовой заболеваемости надлежит искать в дефектах санитарного состояния роты. Лечебная и профилактическая работа терапевтической службы не может быть оторвана одна от другой. Постановка лечебно-профилактической работы на участке рота—батальон определяет качество работы санитарной службы полка. Санитарный инструктор роты не должен являться лишь регистратором, направляющим заболевших на полковой медицинский пункт, но и быть проводником влияния медицинской службы в роте.

Исключительное значение имеет раннее активное выявление заболевших. Опыт борьбы с желудочно-кишечными заболеваниями, гриппом, цынгой и истощением свидетельствует о значении работы санитарного инструктора по активному выявлению бойцов, страдающих поносами, лихорадящих, истощенных. Руководя санитарными инструкторами своих рот, фельдшер батальона имеет возможность предельно сблизить моменты возникновения, выявления, изоляции и госпитализации больных острыми желудочно-кишечными заболеваниями, чем в значительной степени решает задачу профилактики этих заболеваний, в частности дизентерии. Та воинская часть, санитарная служба которой ожидает прихода больных в амбулаторию, вместо того чтобы организовать активное раннее выявление больных в роте, не справится с задачей снижения заболеваемости до минимума.

Дивизионный терапевт должен вести ежедневный график движения заболеваний по частям дивизии. Армейский терапевт при каждом посещении медсанбата проверяет ведение этого оперативного документа, побуждающего дивизионного терапевта при соответствующих подъемах той или иной кривой осуществлять совместно с командиром санитарного взвода медсанбата необходимые мероприятия на местах.

Организация терапевтической работы на участке рота—батальон—полк должна находиться под контролем дивизионного терапевта. Возможность осуществления этого контроля должна быть обеспечена начальником санитарной службы дивизии.

В армиях Ленинградского фронта были осуществлены опыты широкой профилактической работы, к которой были привлечены работники медицинской службы до санитарных инструкторов рот

включительно. Эти опыты дали весьма положительные результаты. Достаточно указать на снижение желудочно-кишечных заболеваний в результате широкого проведения ранней сульфидинотерапии, на ликвидацию цынги в кратчайшие сроки.

При осуществлении некоторых мероприятий армейский терапевт усиливает терапевтическую службу дивизии, придавая ей бригады квалифицированных госпитальных работников. Некоторые из этих мероприятий привели к результатам, побудившим к проведению углубленной научно-исследовательской работы. Достаточно сослаться на результаты измерений артериального давления, проведенных среди бойцов и офицеров на переднем крае и в армейском тылу, измерений, показавших значительное увеличение количества случаев гипертонии среди личного состава соединений переднего края; на проведение массовой рентгеноскопии легких для выявления туберкулеза; на массовое взятие простейших проб, позволяющих судить о ранних нарушениях водно-солевого обмена, и т. п.

Очень большое значение санитарная служба Ленинградского фронта придавала обязательным ежемесячным поголовным медицинским осмотрам личного состава части. Проведение осмотров контролировалось специальными уполномоченными армейского терапевта. Результаты осмотров давали дополнительные данные для оценки состояния личного состава и выявления необходимости проведения соответствующих мероприятий.

Основная часть лечебной работы полкового медицинского пункта проводилась на амбулаторном приеме. Особенностями амбулаторного приема в войсковом районе являются: отсутствие определенного расписания приемов, растягивающихся иногда на сутки; необходимость быстроты ориентировки в характере заболевания, в определении показаний к стационированию, эвакуации или возвращению в подразделение. Все это заставляет обращать особое внимание на квалификацию врача, проводящего прием, на обеспечение необходимой консультативной помощи. Эта последняя осуществляется плановыми систематическими консультативными приемами, проводимыми дивизионным терапевтом на полковом медицинском пункте. Дивизионный терапевт уделяет большое внимание регулярной проверке документации, в частности амбулаторному журналу полкового медицинского пункта. При посещении полкового медицинского пункта дивизионный терапевт проводит обходы стационированных больных, проверяя как правильность лечения, так и показания к стационированию на полковом пункте и документацию.

Консультативная помощь терапевтам медсанбата осуществляется тем терапевтическим полевым подвижным госпиталем, куда данный медсанбат эвакуирует больных. Начальники отделений терапевтического госпиталя систематически (по расписанию) работают в медсанбате, проводя как консультативные приемы, так и обходы госпитального взвода. Такого рода постоянная связь медсанбата с госпиталем, как показал опыт, лучше всего отвечает интересам дела и заменила практиковавшиеся первоначально периодические

наезды тех или иных консультантов. Консультанты по узким специальностям (дерматологи, невропатологи, окулисты, отиатры и т. п.) посещают определенный медсанбат по расписанию. К этому медсанбату прикрепляются для обслуживания консультативной помощью ближайшие медсанбаты.

Начиная с медсанбата на этапах эвакуации заводится тетрадь брака работы предшествующего этапа. В эту тетрадь заносится каждый случай ошибочной эвакуации (эвакуационная характеристика, способ эвакуации), неправильной диагностики или документации. Эти случаи не реже одного раза в месяц разбираются на конференции врачей полкового медицинского пункта и отдельных частей. Тетрадь брака терапевтического полевого подвижного госпиталя служит предметом разбора также и на госпитальной конференции, на которую (один раз в месяц) направляются командиры госпитальных взводов прикрепленных медсанбатов.

Дивизионный терапевт проводит в терапевтическом полевом подвижном госпитале целый день и, присутствуя на обходе армейского терапевта, знакомится с судьбой эвакуированных из медсанбата больных. На научной конференции терапевтического полевого подвижного госпиталя он докладывает о ходе лечебно-эвакуационной работы медсанбата или о выполнении тех или иных специальных заданий, возложенных на медсанбат терапевтическим полевым подвижным госпиталем в порядке совместной исследовательской работы.

Подобная система создает мощный стимул для повышения качества работы терапевтов войскового района. Тесная связь госпиталя и медсанбата дает возможность совершенствовать лечебную работу в войсковом районе, широко внедрять доступные современные методы исследования и лечения.

Госпитальные взводы медсанбатов Ленинградского фронта в повседневной работе широко культивировали в качестве системы: рациональную оксигенотерапию, химиотерапию, диэтотерапию, лечебную физкультуру, трудтерапию. Указанная система обеспечивала единство взглядов в вопросах понимания болезненных форм, проведение единых установок в вопросах лечения и эвакуации, связывала терапевтов войскового района в единый творческий коллектив.

Терапевтическое обеспечение раненых

В качестве специальной главы военно-полевой терапии следует рассматривать клинику и терапию ранений внутренних органов. Эта новая для терапевтов область деятельности завоевана ими в течение Отечественной войны.

Ранения легкого или плевры должны представлять для терапевта не меньший интерес, чем заболевание этих органов. Клиника травматических повреждений органов грудной и брюшной полостей не привлекала внимания интернистов в той степени, которой она заслуживает, по крайней мере до того, как в процессе Отечественной войны был накоплен богатый опыт работы терапевтов

по обеспечению раненых. Этот опыт показал исключительную целесообразность и практическую полезность широкого участия терапевтов в разработке вопросов, связанных с клиникой ранений внутренних органов. Особое значение имеет эта работа для войскового района. Обеспечивая на дивизионном медицинском пункте стационарной помощью нетранспортабельных раненных в грудь и живот, госпитальные взводы медсанбата разгружают хирургов для специальной работы.

В нашей армии разработка вопросов клиники и терапии ранений в грудь и живот проведена терапевтами именно в войсковом районе. Результаты их исследований, касавшиеся проблемы раннего абсцедирования легких, значения разгрузочных пункций при гематораксе, измерений венозного давления при ранениях грудной клетки, вопросов диэтотерапии ранений брюшной полости и т. п., были доложены как на армейской, так и на фронтовых конференциях и напечатаны в сборниках, издаваемых Санитарным отделом армии и Санитарным управлением фронта.

Не может не стоять в центре внимания терапевтов и проблема шока, состояния, представляющего собой в конечном счете один из вариантов острой сосудистой недостаточности.

В армии был проделан опыт практического осуществления руководства терапевтической службой войскового района противошоковой борьбой. Учитывая, что должности командиров отделений санитарно-химической защиты в медсанбатах замещены терапевтами-токсикологами, область специальных интересов которых весьма близко соприкасается с областью сосудистой патологии (коллапс, серая аноксемия), Санитарный отдел армии привлек командиров этих отделений к участию в противошоковой борьбе. После специальной подготовки терапевты-токсикологи возглавили работу в шоковых палатках под руководством командира госпитального взвода и ведущего хирурга медсанбата. Опыт этот оказался весьма удачным и был распространен на все армии фронта.

Маневр терапевтического полевого подвижного госпиталя

Опыт наступательных операций, проведенных армиями Ленинградского фронта в период блокады (Путроловская, Ям-Ижорская, Красноборская), дал возможность судить о степени спаянности в работе всех звеньев терапевтической службы, и в частности о формах целесообразного использования наиболее мощного «агрегата» ее — терапевтического полевого подвижного госпиталя. Это учреждение предназначено быть фильтром (на пути из войскового в армейский район), преграждающим доступ за пределы войскового района контингентам больных, здоровье которых может быть восстановлено в короткие сроки. Два терапевтических полевых подвижных госпиталя должны принять на себя все потоки больных со всего участка, занимаемого армией. Возможность сохранения системы прикреплений медсанбатов к определенным терапевтическим госпиталям представляется очень выгодной, но она осуществима далеко не во всех случаях. Практически каждый

из терапевтических полевых госпиталей обеспечивает один из флангов армии, получая больных или непосредственно из медсанбатов, или через эвакоприемник головного полевого эвакуационного пункта.

Опыт показал, что обстановка складывается иногда таким образом, что обеспечение потоков больных может быть возложено и на один из терапевтических госпиталей. Подобная обстановка может сложиться, например, при наличии очень узкого фронта или при сравнительно незначительном поступлении больных. В этом случае другой терапевтический госпиталь можно, как показал опыт указанных наступательных операций, с успехом использовать как стационар для раненных в грудь и живот.[1]

[1] См. статью Э. М. Гельштейна.

А. Г. ГУКАСЯН
Подполковник медицинской службы, профессор, армтерапевт

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ПОЛЕВЫХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ВО ВРЕМЯ БОЕВЫХ ОПЕРАЦИЙ

ТЕРАПЕВТЫ нашей армии в своей повседневной работе исходили из основных принципиальных установок военной медицины, которые сводятся к следующему: правильная сортировка, лечение и эвакуация больных; активное участие в лечении раненых; правильный отбор в Красную Армию и отсев негодных к военной службе.

Нашей армии пришлось действовать в двух не схожих по своему характеру военнооперативных обстановках: первый раз — в условиях длительной устойчивой обороны и второй — в условиях стремительного наступления.

В настоящей статье мы ограничиваемся изложением вопросов организации терапевтической помощи больным и раненым в условиях боевой операции.

Работа в период жесткой обороны была в значительной степени подготовительной, в результате чего мы смогли к началу наступательных операций иметь готовую и испытанную организацию терапевтической помощи и подготовить ряд врачей-терапевтов и сестер, которые своей квалифицированной и самоотверженной работой сохранили жизнь не одной тысяче бойцов и командиров.

Наша армия перед наступлением была расположена на «пятачке», как обычно говорили ленинградцы, — в районе Ораниенбаума.

При составлении лечебно-эвакуационного плана мы исходили из боевых особенностей участка, откуда должно было начаться наступление. «Малая земля» действительно была малой для дислоцированных там войск. Кроме того, она со всех сторон была окружена плотным кольцом гитлеровских банд. Единственным путем связи с Ленинградом являлся Финский залив. К началу операций он был непроходим, так как покрылся льдом, прекратившим судоходство и недостаточно прочным для использования авто-санитарного транспорта. Из этого следовало, что на известный период, т. е. до соединения наших войск с войсками, идущими от Пулкова, мы должны были располагать достаточным количеством коечного фонда для госпитализации как раненых в боях, так и больных.

Терапевтическая помощь в войсковом районе, по нашему плану первого варианта, начиналась в медико-санитарном батальоне. Естественно, что на полковом медицинском пункте при боевых операциях нельзя было рассчитывать на госпитализацию хотя бы на два дня. Поэтому все без исключения больные направлялись через полковые пункты в медсанбаты. Здесь оседали лишь нетранспортабельные и больные со сроком лечения не более трех дней. Практически, «действующие» медсанбаты не имели возможности госпитализировать в своих палатках ни одного больного, кроме нетранспортабельных, из-за частой передислокации. Поэтому по существу основным и начальным звеном терапевтической службы явились наши терапевтические полевые госпитали, которые во время наступательных операций резко изменили характер своей работы.

Функция и место терапевтических полевых подвижных госпиталей в системе медико-санитарного обеспечения войск в период боев предопределены указаниями на этот счет со стороны Военно-санитарного управления Ленинградского фронта. Эти указания способствовали тому, что были устранены попытки некоторых руководителей во время наступательных операций использовать терапевтические полевые госпитали в качестве хирургических стационаров с приемом потоков раненых непосредственно из медсанбатов. В этих условиях терапевтические госпитали, лишаясь возможности выполнять свое основное предназначение—обслуживание больных, превращаются в плохие хирургические стационары, поскольку выполняют несвойственные им функции. Вместе с тем у нас были известные опасения, основанные на предшествующем опыте, что наши госпитали при наступательных операциях будут выполнять лишь функции сортировки и госпитализации терапевтических больных. Это неизбежно привело бы к недогрузке, и как коечная сеть, так и их кадры не были бы использованы с максимальной эффективностью как раз в наиболее напряженный период для лечебно-эвакуационного обеспечения войск. Кроме всего прочего, военные терапевты знали, что их функции вовсе не ограничиваются сортировкой, эвакуацией и лечением терапевтических больных, что на них возложена еще и другая задача — активное участие в лечении раненых.

Поэтому было предусмотрено расширение функции терапевтических полевых подвижных госпиталей. Помимо выполнения основной задачи — сортировки, эвакуации и лечения терапевтических больных — эти госпитали должны были взять на себя лечение наиболее тяжелого контингента раненых (в грудь и живот) в послеоперационный период.

Для выполнения этой новой функции, а также для квалифицированной сортировки больных, поступающих из войскового района, терапевтические госпитали были выдвинуты в группу госпиталей первой линии и стали встык с хирургическими полевыми госпиталями. Это предоставило нам все выгоды. С одной стороны, все больные непосредственно из головного эвакуационного пункта попадали в терапевтический госпиталь и, проходя здесь квалифицированную сортировку, эвакуировались по назначению или же оставлялись на излечении. Таким образом мы добились положения, когда все больные из войскового района проходили через сортировку терапевтического полевого госпиталя. С другой стороны, пребывание на одной площадке с головным эвакуационным пунктом и хирургическим госпиталем представляло и те удобства, что раненных в грудь и живот, обработанных в хирургическом госпитале, на носилках доставляли в терапевтический.

В связи с новыми задачами терапевтические полевые подвижные госпитали должны были перестроить свою организационную структуру. Были добавлены палатки для раненных в живот и грудь, перевязочная. При этом последняя, «хирургическая» группа палаток территориально размещалась в непосредственном соседстве с хирургическим полевым госпиталем в целях органической с ним связи и облегчения транспортировки раненых. К хирургическому отделению терапевтического полевого госпиталя был придан специальный хирург-консультант, а вся остальная работа, как перевязки и мелкие хирургические операции, выполнялась самими терапевтами и, по заверению главного хирурга армии, весьма успешно.

Терапевты не случайно избрали именно ранения в грудь и живот, поскольку этот контингент является наиболее тяжелым и дает максимальный процент смертности (если не считать черепных ранений). В то же время осложнения при этих ранениях носят главным образом терапевтический характер. Оставление этого контингента в хирургическом полевом госпитале на попечении старшего ординатора-терапевта во многих случаях не достигает своей цели, так как в напряженные боевые дни старшие ординаторы не в состоянии обеспечить этих раненых должным вниманием и главным образом уходом, в котором они особенно сильно нуждаются. А ведь в области ухода за больными терапевтические кадры сохраняют за собой неоспоримые заслуги из-за своеобразия самой специальности.

Итоги первых двух месяцев по лечению раненных в грудь и живот в терапевтических госпиталях показали, что терапевты

достигли неплохих результатов, что особенно сказывается на невысоком проценте смертности при этих ранениях.

Активное участие терапевтических госпиталей в медико-санитарном обеспечении войск выразилось еще и в том, что они во многом содействовали маневренности и быстрой мобильности хирургических полевых госпиталей. При стремительном наступлении наших частей создается известная опасность отрыва госпиталей первой линии от войск. Среди ряда мероприятий, предпринятых Санитарным отделом для своевременного подтягивания госпиталей первой линии, не последнюю роль сыграла работа терапевтических полевых госпиталей, поскольку последние, принимая на себя нетранспортабельных раненных в грудь и живот, «облегчали» хирургические госпитали и содействовали их быстрой передислокации. Через некоторое время они вновь становились встык к ушедшему вперед хирургическому госпиталю. При этой системе снижались до минимума в передислокации хирургических полевых госпиталей перекаты, которые создают излишние затруднения для работы. Несмотря на то, что терапевтические госпитали принимали на себя нетранспортабельных раненых, они все же оказались настолько мобильными, что за два месяца передислоцировались по пяти раз.

В заключение нелишне на основании наших данных поднять вопрос о характере и частоте заболеваемости при наступательных операциях. Порой при составлении лечебно-эвакуационного плана по медико-санитарному обеспечению войск при наступательных операциях не уделяется надлежащего внимания терапевтической службе. Это серьезное упущение должно быть ликвидировано.

Во время наступления наблюдался рост ряда заболеваний, в том числе бронхопневмонии и крупозной пневмонии, болезней почек и мочевыводящих путей, заболеваний сердечно-сосудистой системы и отчасти нервной системы. Отмечалось, наоборот, и снижение количества больных по другим заболеваниям, как то: гастрит и язвенная болезнь, полиартриты, кожные заболевания, эмфизема легких и бронхит. Повышение заболеваемости по одним и снижение по другим болезням находит объяснение в своеобразной обстановке при наступательных операциях. И то и другое поучительно для учета этого опыта и последующих мероприятий при подготовке к наступлению. Поэтому нелишне остановиться на этом более подробно.

Острые заболевания желудочно-кишечного тракта в обоих периодах остаются высокими, зато значительно снижается госпитализация по хроническим заболеваниям желудка и кишечного тракта. Я нарочно говорю — «снижается госпитализация», — поскольку нет каких-либо серьезных оснований для предположения, что снижается заболеваемость. Вернее, больные этой категории во время наступательных операций сами редко обращаются к врачебной помощи, если нет признаков резкого обострения, а если и обращаются, то внимание к ним бывает несколько ослаблено со стороны медицинской службы. То же самое следует сказать

и по отношению к заболеваниям дыхательного аппарата нетуберкулезного происхождения (эмфизема легких, хронический бронхит и обострение хронического бронхита). Особо стоят острый бронхит и бронхиолит, для заболевания которыми имеется достаточно оснований в условиях зимних наступательных операций. Однако резкое снижение заболеваемости по этой группе объясняется тем, что такие больные во время наступления редко госпитализируются (разумеется, если к этому не присоединяются признаки сердечно-сосудистой недостаточности), а именно эта группа составляет наибольший процент среди страдающих заболеваниями дыхательных органов.

Одновременно отмечается некоторое увеличение количества больных с недостаточностью сердечно-сосудистой системы. Это вполне понятно, если учесть, что этот контингент больных главным образом идет за счет старших возрастных групп, которые имеют нерезко выраженные изменения со стороны миокарда, однако наступательные операции, связанные с большими переходами и физическим перенапряжением, вызывают декомпенсации, требующие врачебной помощи. В известной мере увеличение этого контингента больных идет также за счет хронической эмфиземы, осложненной сердечной недостаточностью.

Увеличение ряда других заболеваний, как бронхопневмония, крупозная пневмония, а также болезней почек и мочевыводящих путей, следует приписать своеобразным условиям зимних наступательных операций, когда немаловажную роль играют факторы переохлаждения. Следует отметить, что среди больных с поражением почек и мочевыводящих путей преобладали циститы и пиелиты, что также можно объяснить переохлаждением и связанной с этим инфекцией.

С другой стороны, если количество госпитализированных больных в период наступательных операций уменьшается, то это, как видно из наших данных, объясняется тем, что лица с такими заболеваниями, как кожные и подкожные (пиодермит, фурункулез и др.), не попадают не только в госпитали, но даже и на полевые медицинские пункты. В период наступательных операций среди болеющих и госпитализированных преобладают старшие возрастные группы.

Наступательные бои требуют от людей большого физического напряжения, и естественно, что оно в первую очередь сказывается на тех, у кого физическое состояние в той или другой мере ослаблено предшествующими инфекциями и заболеваниями. Эти люди выбывают из строя и нуждаются в госпитализации для восстановления своей работо- и боеспособности.

П. А. СЕЛИВАНОВ
Майор медицинской службы, старший хирург

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОЛЕВОЙ ПОДВИЖНОЙ ГОСПИТАЛЬ В НАСТУПАТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ

НАШ хирургический полевой подвижной госпиталь за месяц наступательных боев находился в системе головного полевого эвакуационного пункта, что значительно облегчило работу и освободило хирургов от сортировки всего потока раненых. Сортировочное отделение эвакуационного пункта, получая этот поток с переднего края, брало на себя полностью легко раненых и ходячих. В наш госпиталь направляли носилочных по двум показателям: 1) необработанные в медсанбате из-за передислокации и перегрузок (за исключением раненных в череп и лицо, которые направлялись в специализированный госпиталь, стоявший рядом); 2) оперированные на предыдущих этапах, но нуждавшиеся в контроле (смене повязки и т. п.) и «отяжелевшие» в пути.

За это время госпиталь, учитывая и выделенный вперед хирургический отряд, передислоцировался пять раз, не отрываясь от войскового района, находясь иногда в 4—6 км от медсанбата. Передислокация происходила эшелонированным способом. В первом эшелоне находились: сортировочная, эвакуационная и госпитальная палатки, операционный блок, часть продуктов с походной кухней, часть аптеки и часть склада вещевого снабжения.

Учитывая лесисто-болотистую местность с плохими путями сообщения, перед отправкой первого эшелона мы посылали вперед группу санитаров, которые прокладывали подъездные пути и очищали площадки для палаток. Через два-три часа после приезда первого эшелона начинали прием раненых, а в это время следовали другие эшелоны.

Передвигаться приходилось на расстояние от 12 до 70 км вперед. В системе головного пункта было два общехирургических госпиталя; один переезжал, второй брал на себя нетранспортабельных. С переходом второго нетранспортабельных раненых получал терапевтический госпиталь (оставались — после чревосечений и открытых пневмотораксов).

Сортировочное отделение имело у нас две палатки ДПМ, эвакуационное — две ДПМ и одну ППМ, с учетом двухъярусных мест вагонного типа.

За время войны конструкции вагонного типа в приемно-сортировочной и эвакуационных палатках вполне оправдали себя.

Достоинства их сводятся к следующему.

В палатке, вмещающей 25 лежачих, применение этих конструкций увеличивает количество мест вдвое. Такая концентрация раненых сокращает количество обслуживающего персонала (сестер и санитаров) без ущерба для раненых.

Конструкции вагонного типа облегчают подход к раненому — как ниже-, так и вышележащему, а также подачу и вынос раненых санитарами-носильщиками.

Можно быстро обогреть нуждающихся в этом раненых (положить на второй этаж).

Две сортировочные и три эвакуационные палаты обслуживал один дежурный хирург из состава штатных врачей госпиталя; в каждой палате дежурили медицинская сестра и санитар. Небезинтересно ознакомиться с графиками их работы.

График работы врача-хирурга госпиталя

Дежурство в сортировочном и эвакуационном отделении	Отдых	Работает в операционном блоке	Отдых	Примечание
С 9 до 9	С 9 до 17	С 17 до 1	С 1 до 9	Дежурство по сортировочному и эвакуационному отделению через трое суток

График работы медицинских сестер

Две сортировочные палатки дивизионного медицинского пункта	Работа	Сон	Эвакуационные палатки: две — дивизионного и одна — полкового медицинского пункта
Сестра Иванова . . .	С 9 до 1	С 1 до 9	То же, так как третья палата (офицерская) поставлена конец-в-конец и обслуживается одной сестрой
„ Петрова . . .	„ 1 „ 17	„ 17 „ 1	
„ Смирнова . .	„ 17 „ 9	„ 9 „ 17	

На две палаты работали три сестры при круглосуточном нахождении сестры в палате: 16 часов работы, 8 — для сна. При значительном поступлении раненых количество рабочих часов увеличивалось до 18.

Санитары работали по графику, как и сестры.

Работа врача-хирурга в течение месяца состояла из дежурства по эвакосортировочному отделению (192 часа) и работы в операционно-перевязочном блоке (320 часов). На сон остается 208 часов (около 7 часов в сутки).

Такая нагрузка на первый взгляд кажется утомительной, но практически, при большом поступлении раненых, подчас приходилось хирургов операционного блока принуждать уходить на отдых. За все время войны жалоб на невозможность работы из-за усталости мы не слышали.

Носилочные раненые, поступавшие в приемно-сортировочное отделение, осматривались дежурным врачом в машине и направлялись: внеочередные (шоковые, со жгутами, с явлениями удушья, коллапса и т. п.) — в операционно-перевязочный блок; неоперированные на предыдущих этапах — в сортировочную палату № 2; оперированные на предыдущих этапах — в сортировочную палату № 2 и 4; офицеры — в офицерскую палату.

Распределив раненых, дежурный хирург шел на осмотр их в палатках, еще раз выявляя внеочередных. При этом же осмотре производилась цветная маркировка, назначались питание, обогревание и т. д. В нужных случаях производилась и лечебная работа, для чего в каждой палатке имелись аптечки, содержащие весь арсенал средств для оказания экстренной помощи, жгуты, стерильный шприц и т. д.

Операционно-перевязочный блок состоял у нас из палатки ДПМ и трех палаток ППМ. Средина (центр) между ними была покрыта брезентом или другим материалом.

Предперевязочная имела 9 мест для носилочных (из них три — для внеочередных, с машины) и, по потребности, до 12 для сидячих.

В шоковой палатке ППМ было 9 кроватей (что вполне удовлетворяет нашу потребность) с хорошим подходом к кровати с любой стороны, что создавало возможность переливания крови. Стол со стерильным материалом и аппаратурой для переливания крови помещался в левом тамбуре, посуда и продукты для питания — в правом.

Перевязочная палатка ДПМ вмещала: 6 операционных столов и к каждому из них маленький столик («немая сестра») для стерильного инструментария на одну операцию или для наркоза; стол со стерильными инструментами, стол с растворами, столик для сывороток, шкаф с перевязочным материалом и стол для записи.

Операционные столы расставлены были так, что санитары-носильщики имели возможность совершенно свободно, не поворачиваясь, подносить носилки с раненым к любому столу. В пере-

вязочной было просторно, и работа шла одновременно на всех столах.

Операционная на два стола помещалась в палатке полевого пункта. Стол со стерильными инструментами находился в тамбуре. Углы центра предназначались: первого левого — для одежды работающей бригады; первого правого — для белья; второго левого — для мытья рук работающих в перевязочной; второго правого — для мытья рук работающих в операционной. В этих тамбурах стояли педальные умывальники и тазы для аммиака.

Все палатки были натянуты на деревянный каркас, что расширяло их до метра. Все мачты были убраны, палатки подвешены к деревьям «на журавли», печки находились в стороне. Это освобождало значительную площадь; можно было надевать стерильный халат без опасности нарушить стерильность, совершенно свободно подходить с носилками к каждому столу и кровати.

Этой системой операционного блока мы пользуемся с декабря 1941 г. и практически испытали значительные ее преимущества перед обычной — конец-в-конец — установкой палаток.

При наличии крыши для центра на развертывание всего блока уходит не больше двух часов у четырех санитаров, предварительно расстилающих деревянный пол из заранее приготовленных щитов.

В операционном блоке при значительном потоке раненых работают две бригады по 16 человек каждая (8 часов для сна) в следующем составе: начальник бригады (опытный хирург), два ординатора-хирурга, шесть сестер и шесть санитаров.

Одна бригада комплектуется из штата госпиталя, другая — из группы отдельной роты медицинского усиления с добавлением госпитальных работников.

Работники хорошо знают свое рабочее место. Руководитель бригады работает в операционной, он же консультирует в перевязочной, делая сложные операции, и руководит работой в шоковой палатке.

Операционная на два стола вполне нас удовлетворяет: на одном столе происходит операция, на другом — подготовка следующего раненого. Мне приходилось делать в сутки одиннадцать чревосечений (не считая других операций), и задержек не бывало.

В перевязочной у нас работали два хирурга — каждый на три стола, с прикрепленной сестрой-ассистентом и санитаром-шинизатором. На первом столе совершалась операция, на втором сестра вела подготовку к рассечению, на третьем происходили бинтование и иммобилизация заранее смоделированными и обернутыми шинами. Каждый хирург, имея три стола, вполне загружен, не зная простоя и пропуская до 100—112 носилочных раненых в сутки: 3—7 ушиваний пневмоторакса, 2—3 ампутации бедра, остальные — рассечения, иссечения и перевязки.

Большая пропускная способность хирурга обусловливалась тем, что он не отвлекался к подсобным манипуляциям. Всю подготовку вели сестры: разбинтовывали, мыли кожу вокруг раны, сма-

зывали кожу настойкой иода, обкладывали рану стерильными салфетками. Писари из команды выздоравливающих записывали раненого и характер вмешательства. Хирург не перевязывал и не производил иммобилизации. Сестры самостоятельно переливали кровь; из 223 переливаний врач сделал только одно.

Медицинские сестры распределялись в бригаде следующим образом: две операционные — одна в операционной, другая в перевязочной; три ассистентки — у каждого хирурга по одной; сестра (фельдшер) — в шоковой палате.

Распределение санитаров: два «шинизатора» (они же и разбинтовывают); два санитара вносят из предоперационной в перевязочную и выносят из перевязочной в предоперационную; два выносят из предоперационной в эвакуационные и госпитальные палатки.

Направление раненого из предоперационной в шоковую палатку, все назначения и ведение историй болезни осуществляет начальник бригады. Шоковая палатка находится под постоянным наблюдением ведущего хирурга госпиталя и терапевта.

Индивидуальные средства борьбы, применение комплексного лечения, момент оперативного вмешательства и т. д. решали успех в борьбе с этим тяжелейшим видом осложнения боевой травмы. Раненых с осложнениями геморрагического шока и т. п. мы непосредственно из предоперационной брали в операционную и перевязочную, а после операций помещали в госпитальную палату. Шоковый раненый в среднем находился в палатке 80 минут.

В эвакуационное отделение раненые поступали только из операционного блока. Различались три категории их: обработанные на предыдущих этапах, — им был произведен контроль в перевязочной, и они оказались транспортабельными; раненые, операции которым произведены у нас и которые тоже являлись вполне транспортабельными; офицеры, которые по тем же показателям направлялись в офицерскую палатку.

Госпитальное отделение занимает у нас три палатки ДПМ и одну — ППМ с однорядными кроватями, по 25 человек — в палатке ДПМ и 12 — в палатке ППМ. Заполнялось отделение исключительно нетранспортабельными в данный момент тяжело ранеными, в основном — с проникающими ранениями в брюшную полость, в грудную и с переломом бедренных костей.

В среднем пребывание на койке равнялось четырем койко-дням. Как только наступало улучшение и раненый становился транспортабельным, его отправляли в эвакуационный госпиталь или — с проникающим ранением в грудную и брюшную полости — в терапевтический госпиталь, стоящий рядом с нами.

В госпитальном отделении работал один врач — старший ординатор-терапевт, при ежедневной консультации ведущего хирурга госпиталя.

Привлечение терапевта к уходу за хирургическими ранеными освободило хирургов для работы в операционном блоке, и, с другой

стороны, чаще стали во-время обнаруживаться такие осложнения, как пневмония и т. п.

В палате дежурила одна сестра (16 часов в сутки, 8 — на сон) по той же системе, что и в эвакосортировочном отделении. Нагрузка ее была полной, учитывая, что сестра вводила подкожно, капельным способом, от 4 до 6 л жидкостей в сутки одному раненому, а количество нуждавшихся в этом доходило до 10.

Л. А. ЛУКЬЯНОВА
Лейтенант медицинской службы, операционная сестра

ОРГАНИЗАЦИЯ ОПЕРАЦИОННО-ПЕРЕВЯЗОЧНОГО БЛОКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ПОЛЕВОМ ПОДВИЖНОМ ГОСПИТАЛЕ

В ПОЛЕВЫХ условиях войскового района наиболее удобно размещать палатки операционно-перевязочного блока по типу креста, как указано на приведенной нами схеме (стр. 98).

Такой метод развертывания, объединяя все отделения, имеет прежде всего то преимущество, что предперевязочная, перевязочная, операционная и шоковая палатки образуют при своем составлении дополнительно комнату, так называемый центр, из которого имеются четыре выхода в вышеуказанные палатки.

В первой палатке (ПМП) организована предперевязочная, где проводится прием раненых из сортировочного отделения. Предперевязочная оборудована боковыми деревянными стойками (вагонный тип) для установки носилок с ранеными. На втором этаже складывают свободные носилки и вещи раненых. В палатку вмещается восемь носилок с больными и шесть свободных носилок. Центральная часть свободна для входа и выхода. С левой стороны у входа стоит стол и бачок с кипяченой водой.

В комнате-центре выделено четыре угла, обнесенные простынями. К простыням пришиты кольца, в которые продевается проволока, укрепленная на деревянных стойках.

В первом углу слева помещены две вешалки: одна — для верхней одежды обслуживающего персонала, другая — для медицинских халатов. Второй угол предназначен для мытья рук. Здесь имеются: умывальник с педалью, стерильные щетки для мытья рук в эмалированной кастрюле с крышкой, хозяйственное мыло, стеклянная банка с 3% раствором лизола, корнцанг, стол для мытья рук по способу Спасокукоцкого—Кочергина, эмалированные миски (столовые), 4—6 тазиков, флакон с нашатырным спиртом, мензурка для отмеривания раствора, бачок или ведро с горячей водой. Третий угол (справа) — материальная комната; здесь проводится заготовка и укладка материала, белья для стерилизации. В четвертом углу моют руки для работы в операционной (раздельно от перевязочной).

В палатке справа (ПМП) развертывается операционная, вход в которую задрапирован простынями. Здесь — два операционных металлических стола. На каждом — два байковых одеяла, медицинская клеенка, подушка, закрытая сверху простыней. В головном конце каждого стола — ремни (бинты от шины Томаса) для привязывания ног. Для наркотизатора имеются дуги из шин Крамера.

В операционной поставлены столы для работы: основной инструментальный, для режущих инструментов и шовного материала, для стерильного белья, наркозный, сестринский переносный, для записей хирурга. Имеются два стула или скамейка.

Основной инструментальный стол застилается в следующем порядке: на первую простыню стелят медицинскую клеенку, несколько длиннее стола; следующий ряд — четыре стерильные простыни (одна — по длине стола, две другие, сложенные вдвое, — поперек; четвертую застилают, как первую), после чего раскладывают в определенном порядке хирургические инструменты. Инструменты должны быть стандартными, чтобы во время работы операционная сестра могла быстро ориентироваться. Сверху стол закрывают еще двумя простынями. Нужно постоянно помнить, что стол во время работы должен быть накрыт.

Такой порядок застилки инструментального стола дает возможность при переезде свернуть инструментарий конвертом, не нарушая асептики, завертывая каждую сторону поочередно. Вначале первую сторону (от стоящего к столу лицом) вместе с клеенкой стягивают к центру, затем — вторую и следующие обе боковые стороны. Такой пакет свертывают пополам, завязывают простыней, имеющейся на столе, и кладут в ящик. При правильной упаковке и хранении этого пакета-конверта можно сразу же работать инструментарием на новом месте, осторожно раскрыв его и сменив лишь две верхние простыни.

В палатке слева (ПМП) оборудуется шоковая палатка на 8 коек в виде отдельных топчанов с досчатым настилом на расстоянии 50 см друг от друга. Таким образом к раненому можно

подходить с двух сторон. На каждой койке имеется соломенный матрац, ватное одеяло, пуховая подушка, простыня и пододеяльник. На окнах — занавески, на лампе — абажур. Все это придает палатке строгий и к тому же уютный вид.

В левом тамбуре палатки устроен стол для инъекций и растворов. Здесь хранятся: стерильные шприцы (один — 10,0, два — 5,0, четыре — 2,0) и иглы к ним, пинцеты, набор инструментов для венесекции, иглы Дюфо, аппаратура для переливания крови, банка

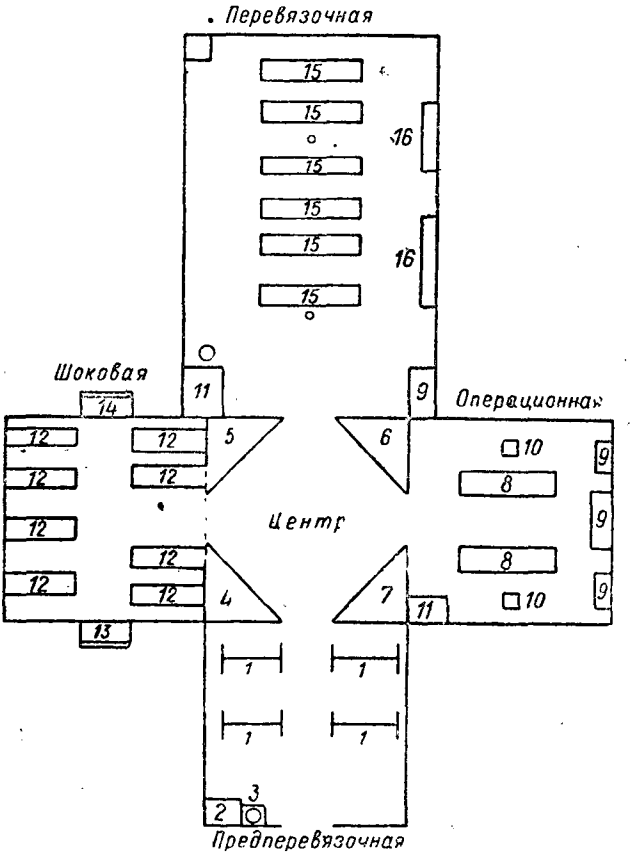


Схема операционно-перевязочного блока по типу креста.

3% раствором лизола, корнцанг, спирт, иод, растворы глюкозы — %, 40%, раствор поваренной соли — 0,85%, противошоковый аствор, камфора, кофеин, морфий, лобелин, атропин в ампулах, ппарат Рива-Роччи, максимальные термометры, два почкообразых тазика, жгут с цепочкой, три деревянных штатива для одноременного переливания крови или подкожного вливания раствоов, две доски для подставки под руку, обшитые ватой и клеенной (для переливания крови; можно использовать шины Дитейхса), достаточное количество химических грелок, кислородная одушка.

Предметы ухода (судно, утки) хранятся у входа в палатку в клеенчатом мешке.

Следующий стол (в правом тамбуре) — для раздачи пищи и хранения кухонных принадлежностей. Тамбуры обшиты внутри, затянуты простынями и со стороны выхода задрапированы. Выход из самой палатки тоже закрыт простыней.

В перевязочной палатке (ДМП) развернуто шесть столов, стоящих параллельно друг другу по длине палатки: для стерильного инструментария и материала, для переливания крови, для режущих инструментов и шовного материала, для растворов, для наркоза, для регистрации.

Стерильные столы, инструментальный и для переливания крови желательно отгородить простынями от палаточного намета и боковых сторон на расстоянии 50 см.

Хирургический инструментарий на стерильный стол мы укладываем по определенному порядку. В первый ряд — инструменты общие, наиболее ходовые для всех операций: шприцы с иглами, пинцеты, анатомические и хирургические, ножницы, корнцанги, зонды разные, крючки Фарабефа, крючки зубчатые разные, лопатки Буяльского, иглы Дешана, иглодержатели, подъемники, острые ложечки разные, долота, костные щипцы, дуговая пила, набор для трахеотомии. Во второй ряд укладывается все, что нужно для швов и остановки кровотечения: иглы хирургические разные (режущие, обкалывающие, кишечные), цапки для белья, пинцеты Кохера и Пеана, зажимы окончатые Люэра, дренажная трубка разных диаметров, шприц Жанэ и зажимы Мора. Между рядами поставлены фарфоровые кружки, склянки для новокаина и разных растворов. На правой стороне стола лежат разных размеров салфетки, шарики, тампоны, палочки.

На инструментальном столе растворов и жидкостей мы не держим.

На столе для переливания крови приготовлены системы трубок, банок, сифонов, аппаратура для взятия крови у доноров, иглы Дюфо, шприцы «Рекорд» в 5,0 и 10,0, набор инструментов для венесекции, пакеты салфеток, шарики и полотенце.

На столе для шовного материала имеются: кетгут в ампулах, готовый шелк в банке, режущие инструменты (ножи, ножницы), банки с растворами, аммиак 1%, спирт, иод, баллон Политцера для промывания ран (носик баллона погружен в банку с сулемой в растворе 1 : 1000,0).

На столе для лекарственных растворов заготовлены следующие медикаменты. Справа — подкожные: раствор навокаина ½%, ¼%, глюкозы 5%, 40%, физиологический раствор поваренной соли 0,85%, лимоннокислый натрий 6%; в центре — мази, вазелиновое масло, глицерин; слева — следующие растворы и медикаменты: хлорамин 2%, перекись водорода 3%, риванол 1 : 1000,0, раствор борной кислоты 2%, марганцовокислый калий 5%, аммиачный раствор 1%, иод, бензин, спирт, клеол, лизол, цинковый

пластырь, камфора, кофеин, лобелин, атропин, морфий, адреналин, хлористый кальций 10%, два максимальных термометра, две бритвы.

На столе для наркоза — три маски эфирные, обтянутые марлево-ватным слоем, роторасширитель по Розер-Кенигу, языкодержатель по Маре, корнцанг изогнутый малый, штопор, пинцет анатомический, тазик почкообразный, марлевые шарики, полотенце, средства для наркоза — четыре флакона эфира, шесть ампул хлорэтила, лакмусовая и промокательная бумага, вазелин.

Наконец, на столе для регистрации имеются перевязочный и операционный журналы, журнал по переливанию крови, госпитальные карты, блокноты или тетради для черновых записей и подклеек, стетоскоп, ящик с цветными талонами (сортировочными марками), клей, чернила, ручки.

Опыт показал, что такое распределение столов для правильной организации дела необходимо.

Белье и материал мы стерилизуем в походном автоклаве. Для этой цели в любое время года снаружи, рядом с блоком, устраиваем навес из брезента, щитов или елей. Автоклав устанавливается на мощную металлическую муфту, в диаметре равную автоклаву, с дверкой спереди; открытая сторона ее помещается на земле, другая сторона закрывается вплотную дном автоклава. В печь закладываются дрова.

В зимнее время нужно постоянно помнить о том, чтобы в автоклаве не оставалась вода, причем выпускать ее следует после охлаждения. Работу автоклава в полевых условиях проверяем на плавление порошковой серы и бумажкой Микулича. Эти проверки следует проводить систематически.

Перевязочный материал по его разновидностям обычно заготовляем в периоды затишья или небольшого поступления раненых. Очень важно заранее заготовить шины Крамера, отмоделировав их по конечностям, и проложить ватой, закрепляя бинтом, или заготовить ватно-марлевые прокладки.

Заготовка хирургических перчаток для работы в операционной и перевязочной проводится влажным способом, предложенным проф. Н. Н. Петровым. Это лучший способ, надолго сохраняющий перчатки и экономящий их расход.

Шовный материал — шелк — мы приготовляем по Боброву, Жерару и реже — Кохеру. За отсутствием стеклянных катушек шелк заплетаем «косичкой». Делаем это так. Подобрав шелк по номерам, раскручиваем четыре-пять моточков, складываем вместе, верхний конец этой пасмочки зажимаем пинцетом Пеана и прикрепляем к простыне, а нижний разрезаем ножницами и заплетаем в «косичку», после чего снимаем пинцет и разрезаем нити так же, как и в первом случае. Таким образом у нас получается два свободных конца нитей. Пинцетом за центр или концы мы выдергиваем длинную лигатуру, которая может быть разрезана еще пополам, в зависимости от надобности.

Средний и младший медицинский персонал расставлен у нас следующим образом.

Для работы в предперевязочной имеется две пары санитаров-носильщиков и дружинница-раздевальщица, ответственная за хранение личных вещей и ценностей раненых. Поступающих в предперевязочную раненых согревают грелками, горячим питьем (при отсутствии противопоказаний), раздевают. К носилкам прикрепляют талон № 1, и санитары относят раненого в перевязочную, где кладут его на первый перевязочный стол, раненого с талоном № 2 кладут на второй стол и так далее—по количеству столов (шесть).

После хирургической обработки раненому с третьего стола приносят носилки с личными вещами и талоном № 3.

Такая нумерация носилок и столов обеспечивает быструю, без путаницы, подачу раненых в перевязочную. В предперевязочной раненому вручают его ценности, если он назначен на эвакуацию. Если же раненого направляют в госпитальную палату, то его вещи сдают в штаб госпиталя под квитанцию, которая вручается палатной сестре. Вторая пара санитаров разносит из предперевязочной раненых по палатам, согласно цветным талонам. В свободное время эти санитары пилят и колят дрова.

В операционной на подаче хирургического инструментария всегда стоит старшая операционная сестра. Иногда работа в операционной протекает на два стола сразу. Тогда одна из бригад, работающих в перевязочной, переходит в операционную. В эту бригаду включаются также сестра-наркотизатор, сестра по переливанию крови, санитар для мытья и кипячения инструментария (одновременно он же следит и за топкой печи).

В шоковой палатке постоянно дежурит дневная сестра, которая обеспечивает полный уход за шоковыми ранеными, выполняя все лечебные назначения врача и манипуляции. В помощь ей выделен санитар, который приносит пищу из госпитальной кухни, помогает при кормлении раненых и т. д. На ночь в шоковую палатку назначается перевязочная сестра, в помощь которой назначается санитар.

Для работы в перевязочной у стерильного стола находится основная перевязочная сестра. Она отвечает за инструментарий, за асептику и антисептику, за стерильность столов и за полную готовность рабочего места.

Две другие перевязочные сестры являются наркотизаторами и производят переливания крови. Они обеспечивают стерилизацию инструментария, производят инъекции раненым и их бинтование, принимают непосредственное участие в перевязках и ассистируют при операциях.

Имеются два перевязочных санитара. Они накладывают шины, помогают при перевязках, операциях, переодевают раненых в чистое белье, следят за топкой печей, обеспечивают блок горячей и холодной водой, следят за чистотой в перевязочной, выносят тазы с отработанным материалом.

Регистратором обычно работает хорошо грамотный боец из команды выздоравливающих. Он ведет записи в журналах о произведенных перевязках, операциях, переливании крови, заполняет госпитальные карточки и под диктовку врача заносит данные в истории болезни.

Стерилизацию материала и белья проводит младшая сестра. Она ответственна за сдачу грязного белья и получение чистого со склада госпиталя, обеспечивает заготовку материала и в свободные часы помогает в работе перевязочной и операционной, являясь наркотизатором.

Лучшая операционная сестра N-ского ППГ В. Царькова.

Лучшая палатная сестра N-ского ППГ А. Крапивина.

Несколько слов о росте и подготовке кадров. За время войны наш госпиталь воспитал и вырастил больше двадцати медицинских сестер, могущих самостоятельно работать в перевязочных, операционных. Их подготовка начиналась с привлечения к работе в перевязочной. Здесь сестра разбинтовывала и забинтовывала раненых, присматривалась к работе перевязочной сестры, обучалась делать внутривенные вливания, изучала хирургический инструментарий. Она принимала участие в заготовке перевязочного материала и укладке белья, знакомилась с стерилизацией, с работой автоклава, приготовлением шовного материала и заготовкой перчаток. Затем приучалась мыть руки, надевать стерильный халат и маску. А через три недели становилась на работу у стерильного стола на подачу инструментария, приступала к переливанию крови,

даче наркоза — сначала под контролем старшей операционной сестры, а затем и самостоятельно.

Для подготовки палатных сестер к работе в перевязочной в наших условиях требовался один месяц, к работе в операционной — два месяца.

И. Ш. БЛЮМИН

ТЕРАПИЯ ГАЗОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ

(По материалам госпиталей армейского района)

По данным N-ской армии Ленинградского фронта, наибольшее количество случаев газовой инфекции выявляется в полевых госпиталях второй линии. Это и понятно, так как в медико-санитарных батальонах раненые не задерживаются, а эвакуируются в полевые госпитали второй линии, где это осложнение чаще всего и проявляется.

Рассмотрению в данной статье мы предлагаем 205 случаев газовой инфекции, которые нами наблюдались в полевых госпиталях второй линии и в госпиталях армейской базы.

Локализация газовой инфекции огнестрельных ран по областям тела (в процентах) видна из следующей таблицы.

Плечо	9	20	Бедро	36	80
Предплечье	8		Голень	30	
Кисть	1		Стопа	8	
Лопатка	2		Ягодица	6	

Таким образом на первом месте стоят ранения нижних конечностей (80%), на втором — верхних (20%).

По характеру ранящего оружия в наших случаях в 13% ранение нанесено пулями и в 87% — осколками мин и снарядов.

Если взять соотношение осколочных ранений к пулевым вообще, то, по нашим данным, осколочные ранения зарегистрированы в 70% всех случаев и пулевые — в 30%.

Газовая инфекция осложняет осколочные ранения в шесть раз чаще, чем пулевые, причем преобладают ранения с повреждением костей. Эти данные имеют, несомненно, практическое значение и должны учитываться хирургами на этапах эвакуации войскового и армейского районов.

По характеру ранений в 56% всех случаев, осложненных газовой инфекцией, мы имели ранения с повреждением кости и в 44% — ранения только мягких тканей.

50% случаев газовой инфекции приходится на первые три дня после ранения, 40% всех случаев падает на четвертый — шестой день, остальные случаи (10%) диагносцированы с седьмого по двенадцатый день.

В случаях, когда рана в первые 18 часов хирургически не обрабатывалась, а присыпалась порошкообразным белым стрептоцидом и ее обрабатывали на следующих этапах в пределах до 36 часов после ранения, — газовая инфекция проявилась в следующие сроки: в первые три дня — в 35%, с четвертого по шестой день — в 40% и с седьмого по двенадцатый день — в 25% по отношению ко всем случаям газовой инфекции. Сроки проявления газовой инфекции в этих случаях отодвигаются на более поздние; особенно это заметно в ранних случаях — в первые три дня и к концу первой недели. Если газовая инфекция в обычных случаях в первые три дня после ранения клинически проявляется в 50%, то у обработанных стрептоцидом она проявляется в 35%. С седьмого по двенадцатый день в обычных случаях газовая инфекция проявляется в 10%, в случаях, обработанных стрептоцидом, — в 25%.

Эти данные с несомненностью подтверждают бактериостатическое действие стрептоцида в хирургически не обработанной ране на возбудителей газовой инфекции.

Сульфамиды в ране действуют лишь как временный фактор. Они задерживают размножение микробов лишь на время, пока подоспеет радикальная хирургическая помощь. Однако даже хирургически обработанные и присыпанные стрептоцидом раны не гарантируют от осложнения газовой инфекцией.

Нами проведены наблюдения над ранами, которые хирургически обрабатывались и присыпались стрептоцидом, и над теми, которые присыпались стрептоцидом, но хирургически обрабатывались в более поздние сроки — до 36 часов.

Из 211 случаев ранений конечностей (117 случаев с повреждением костей и 94 случая ранений только мягких тканей), хирургически обработанных и присыпанных стрептоцидом, газовая инфекция проявилась в 11 случаях. Из 95 случаев (23 случая ранений конечностей с повреждением кости и 72 случая ранений мягких тканей), только хирургически обработанных, газовая инфекция проявилась в двух случаях.

Эти данные дают основание утверждать, что ни хирургическая обработка ран (рассечение—иссечение), ни комбинация ее со стрептоцидом полностью не гарантируют от осложнения газовой инфекцией.

Исследования Куприянова и Иоффе на собаках показали, что при иссечении раны, произведенном через два часа после заражения ее *B. perfringens* и осуществленном в максимально

благоприятных условиях, во вновь полученной ране всегда обнаруживался названный анаэроб. Только оставление раны открытой, с введением в нее асептических веществ, спасало животное.

Следовательно хирургически не обработанные раны и присыпанные стрептоцидом, с точки зрения предупреждения газовой инфекции, подлежат, по возможности, ранней хирургической обработке, так как инфекция в ране остается и при благоприятных условиях проявляется.

Недостаточно полно хирургически обработанные раны или необработанные вовсе являются основным предрасполагающим фактором к анаэробной инфекции.

По нашим данным, из числа случаев, в которых газовая инфекция проявилась клинически, в 31% раны были своевременно хирургически обработаны, в 40% хирургически не обрабатывались и в 29% хирургическая обработка ран проведена либо недостаточно полно (иссечение краев кожной раны без хирургической обработки нижележащих тканей при рвано-ушибленных ранах, при пулевых ранениях бедра не раскрывался апоневроз в области входного и выходного отверстий и т. п.), либо несвоевременно, — на вторые, третьи сутки, при отсутствии какого-либо воздействия на флору раны средствами типа бактериостатического или бактерицидного.

Следовательно в 69% всех случаев газовой инфекции либо рана хирургически не обрабатывалась вовсе, либо обрабатывалась несвоевременно или недостаточно полно.

Своевременная и достаточно полная хирургическая обработка раны есть основной фактор, предупреждающий газовую инфекцию.

Основанием к клинической диагностике газовой инфекции в наших случаях служила следующая симптоматология.

1. Боль в ране, причем интенсивность ее нарастала. Этот симптом установлен нами в 84% всех случаев газовой инфекции. Отсутствие этого симптома мы отмечали в случаях с тяжелой интоксикацией.

2. Увеличение объема конечности в результате раннего отека ее зарегистрировано нами в 96%. В наших случаях мало применялся симптом лигатуры Мельникова, что мы считаем необоснованным. При этапном лечении раненых этот симптом должен получить широкое применение, быстро ориентируя врача в степени прогрессирования отека, особенно в сомнительных случаях.

3. Высокая температура (выше 38°) отмечена в наших случаях в 60%. Следует заметить, что не во всех случаях температура регистрировалась в документах (карточка передового района, история болезни) на этапах эвакуации.

Из других местных симптомов необходимо остановиться на окраске кожи области поражения газовой инфекцией. Так, в 40% отмечалось изменение окраски кожи (мраморный рисунок, пятнистость и т. п.).

Наличие пузырей на отделах конечности, захваченных отеком, нами установлено только в 10%, причем содержимое пузырей чаще всего оказывалось сукровичным.

Наличие газа в тканях (крепитация, симптом «бритвы») нами установлено в 60%; в ряде случаев газ клинически не определялся, а на операции из глубины раны выделялись пузырьки газа.

Зловонное истечение из раны сукровичного отделяемого нами установлено в 22%, причем в ранах нередко отмечались гангренозные изменения.

Из общих симптомов нередко отмечалось резкое побледнение лица с незначительной иктеричностью склер. Выраженная иктеричность склер и кожных покровов зарегистрирована в 16% всех случаев.

Довольно рано удается отметить явления общей интоксикации.

Итак, нет ни одного признака газовой инфекции, который встречался бы во всех случаях. Только учет общего состояния и местных изменений дает возможность довольно рано диагносцировать газовую инфекцию.

Со стороны крови удается отметить следующие изменения: РОЭ держится на высоких цифрах, гемоглобин падает до 18%, эритроциты — до миллиона и ниже; относительная лейкопения; в случаях с выраженной интоксикацией лейкопения прогрессирует.

Наряду с этим можно отметить отсутствие эозинофилов, лимфопению и сдвиг влево. Моноциты доходят до 1%.

Особенно резко были выражены лейкопения, лимфопения и анемия в случаях, закончившихся летальным исходом.

Частота обнаружения отдельных анаэробов в раневой инфекции, по нашим данным, представляется в следующем виде: *B. perfringens* бактериоскопически диагносцирован в 53% всех обследованных случаев (76), причем в 26% *B. perfringens* диагносцирован в ассоциации со стрептококками, диплококками. У этих же раненых, наряду с *B. perfringens,* бактериоскопически диагносцирована столбнячная палочка в мазках из раны в 23%; клинически же в этих случаях не было данных ни за местную форму столбняка, ни за общую. В остальных 47% возбудители газовой инфекции бактериоскопически не диференцированы; во всяком случае ведущим из группы четырех при газовой инфекции в наших случаях оказался *B. perfringens.*

Лечение газовой инфекции нами проводилось сочетанно — хирургическое и сывороточное, причем ведущим мы считаем хирургическое лечение.

Из хирургических методов лечения к ампутациям нам пришлось прибегнуть в 41% всех случаев, в остальных 59% были произведены разрезы.

Частота ампутаций различных сегментов верхней и нижней конечностей на этапах эвакуации представляется в следующем виде: ампутации плеча составляют 20%, предплечья 16%, бедра 63% и голени 33%. Сегменты конечностей с наиболее выражен-

ными мышечными массивами чаще подвергаются ампутациям, чем сегменты с менее выраженными мышечными массивами.

По нашим данным ампутации дают более низкий послеоперационный процент смертности, чем разрезы. Мы этим хотели бы обратить внимание хирургов на положение, которого мы придерживаемся в таких случаях: если отек прогрессирует, явления токсемии и гемолиза выражены, со стороны крови отмечается лейкопения — следует сразу ставить показания к ампутации, тем самым ликвидировать первичный очаг и дать возможность организму оправиться от тяжелой интоксикации.

Что касается уровня ампутации в этих случаях, то, судя по нашим данным, следует, по возможности, проводить ампутации на вышележащем сегменте.

Всякое оперативное вмешательство у этих раненых, как правило, заканчивалось иммобилизацией конечности.

Наряду с хирургическим вмешательством мы проводили сывороточное лечение, причем сыворотка вводилась внутримышечно, внутривенно и внутривенно-капельно.

Внутривенно-капельным введением противогангренозной сыворотки мы лечили 50 раненых с газовой инфекцией.

Во избежание анафилактического шока в этих случаях сыворотка разводилась нами в 10—15 раз 5% раствором глюкозы или физиологическим раствором и вводилась в вену через тонкую иглу. За час—полтора до введения вводился 0,5—1 см³ сыворотки по Безредка. Отсутствие реакции на месте введения сыворотки служило показанием к внутривенному введению последней. Средняя доза сыворотки составляла в этих случаях 20—30 тысяч антитоксических единиц.

Выраженных анафилактических явлений при этом способе вливаний нам ни разу отметить не удалось. В 12 случаях (24%) после введения сыворотки отмечался озноб.

Внутривенное введение противогангренозной сыворотки осуществлено нами в 50 случаях.

Сыворотка вводилась по методике Дудко, т. е. предварительно производилась обычная десенсибилизация по Безредка. Больному дается внутрь 50—100 см³ 40° спирта, производится инъекция 1,0 1% морфия и 2,0 камфорного масла. Затем следует переливание 100 см³ крови и непосредственно после него в ту же вену вводится подогретая до 35,0—37,0° противогангренозная сыворотка в количестве 50 000 А. Е. в течение 5—10 минут.

Выраженные анафилактические явления при этом методе введения сыворотки нами зарегистрированы в двух случаях (история болезни № 17073 и 15943); оба случая закончились благополучно. Озноб у этой группы раненых в ответ на введенную сыворотку зарегистрирован в восьми случаях, что составляет 16%.

Нужно отметить, что ни при внутривенно-капельном, ни при внутривенном введении сыворотки абортивного действия последней нам установить не удалось ни в одном случае.

Внутримышечное введение противогангренозной сыворотки проведено нами в 60 случаях. Средняя доза введенной сыворотки — три—пять лечебных доз (30—50 тысяч А. Е.).

Под нашим наблюдением оказалось 45 раненых с газовой инфекцией, по случайным обстоятельствам леченных только хирургическим путем, без применения сыворотки.

Наибольшая смертность среди раненых с газовой инфекцией наблюдалась у неполучивших сыворотки; на втором месте стоят раненые, которым сыворотка вводилась внутримышечно: на третьем — те, которым сыворотка вводилась внутривенно; последнее место занимают раненые, которым сыворотка вводилась внутривенно-капельно.

Проф. С. С. Юдин в операционной N-ского ППГ.

Профилактического действия антигангренозной сыворотки нам отметить не удалось. Клинически газовая инфекция протекала одинаково как среди раненых, которым вводилась профилактическая сыворотка, так и среди не получавших ее. Основное значение в предупреждении газовой инфекции имеет своевременная и достаточно полная хирургическая обработка ран.

Применение с профилактическими целями противогангренозной сыворотки без хирургической обработки или в надежде на профилактическое действие сыворотки, откладывание хирургической обработки с нашей точки зрения несбосновано.

Чем больше срок от момента ранения, тем ниже смертность от газовой инфекции у тех, ранение которых осложнилось в этот срок газовой инфекцией. Наибольшая смертность зарегистрирована в первые шесть дней после ранения. Примерно около половины всех случаев, закончившихся летальным исходом, падает на этапы эвакуации войскового района.

Наряду с хирургическим лечением газовой инфекции ранений и серотерапией необходимо проводить и общее лечение, направленное на поднятие защитных сил организма, борьбу с интоксикацией и осложнениями нагноительного характера.

К этим мероприятиям следует отнести внутривенные вливания жидкостей. Особенно мы считаем возможным рекомендовать в таких случаях внутривенно-капельное введение 0,8% раствора белого стрептоцида — 1000 см³ с 2—3 л 5% раствора глюкозы или физиологического раствора и дробные переливания крови (150—200 см³). Местно на рану можно применять хлорсодержащие растворы, иодоформ, стрептоцид и т. п. при условии, что все участки раны подвергнутся воздействию антисептиков. В своих случаях мы пользовались всеми этими средствами, а также мазью Вишневского, причем преимущественного действия какого-либо из них нам отметить не удалось.

В полевых госпиталях второй линии и армейской базы внутривенное введение сыворотки должно считаться правилом. Еще лучше сочетание внутривенного и внутримышечного введения сыворотки. Внутривенно следует вводить не менее пяти лечебных доз (50 000 А. Е.) противогангренозной сыворотки. В необходимых случаях эта доза может быть введена повторно на второй и третий день. То же относится и к растворам стрептоцида и глюкозы.

С. С. МИХНОВ
Майор медицинской службы

КЛИНИКА АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

(По материалам N-ского хирургического полевого подвижного госпиталя)

РАЗНООБРАЗИЕ клинических и патологоанатомических форм анаэробной инфекции вызвало большое количество попыток классифицировать их в одну схему.

Все предложенные классификации имеют один общий недостаток: они не отражают динамики процесса и не дают возможности установить степень тяжести отдельных периодов и лечения каждого из них. Исключение составляет схема проф. А. В. Мельникова.

Правильная по идее, она не свободна от значительных дефектов. Прежде всего, первая стадия, по заявлению самого же автора, «клинически не распознается», а следовательно и не имеет практического значения. Вторая и третья стадии недостаточно четко диференцированы. Четвертая стадия вовсе не является, как пишет автор, такой, «когда никакие лечебные приемы не могут спасти

жизнь больному». На практике иногда и в этой стадии удавалось спасти раненого.

Поэтому нам казалось бы более целесообразной следующая схема анаэробной инфекции, состоящая из трех периодов.

I период — ранних симптомов. Боли в ране, умеренная отечность, бледность окружающей рану кожи, бессонница, отчетливо выраженные вены, просвечивающие через кожу (Пирогов), сухость раны, скудость отделяемого, вид вареного мяса у мышечной ткани, частый пульс; температура 37—38°, понижение процента лейкоцитов.

II период — генерализация инфекции. Отчетливо выраженные симптомы: резкая отечность, пятна различных оттенков окраски — от бронзового до бархатистого темносинего цвета; наличие газа в ране и окружающих мягких тканях; расстройство местного кровообращения вплоть до гангрены дистального отдела конечности, учащение пульса наряду с понижением кровяного давления и нарастающей общей слабостью раненого.

III период — токсемического шока (в свете учения Кеню — Кеннока). Характеризуется землистой бледностью кожи, иногда же легкой ее иктеричностью, появлением холодного пота. Пульс частый, слабого наполнения, не всегда сосчитываемый. Олигурия и анурия. Чаще возбуждение и эйфория вплоть до момента смерти или же, реже, апатия и угнетение психики, с не всегда в полной мере сохраненным сознанием.

Понятие токсемического шока весьма характерно для этой последней степени развития анаэробной инфекции. Картина шока настолько ярка, что вновь поступившие раненые часто прямо из сортировки направляются в шоковую палату, а уже после выведения из шока на перевязочном столе обнаруживается анаэробная инфекция. Это понятно, так как в этих случаях шок вызывают в совокупности травма и токсемия, главным образом продукты гистолиза, которые играют превалирующую роль в возникновении шока.

Переходим к разбору вспышки анаэробной инфекции по данным полевого госпиталя в нашем соединении. За период июль — сентябрь 1942 г. через этот госпиталь прошло значительное количество раненых в нижнюю конечность. Большая часть этой категории раненых имела обширные раны мягких тканей, явно инфицированных.

При разборе имеющихся наблюдений установлено, что хирургическая профилактика была произведена в медсанбате в 66,6%; не имела места — в 33,4%. Профилактически антигангренозная сыворотка была введена в медсанбате в 8,9% случаев. Первая доврачебная помощь была оказана (выборочные данные): непосредственно после ранения — 18 человекам, через час — 4, от часа до трех — 3, от трех до десяти часов — 4, от десяти до двенадцати — 2 человекам.

Большое внимание было уделено ранней диагностике. За основу был принят метод Мельникова: повышение температуры, боль, отечность мягких тканей, контрольная циркулярная лигатура, бес-

сонница плюс ослабление пульса и учащение его, независимо от повышения температуры.

Оценка этих симптомов на материале летальных случаев за август установила следующее.

Температура			
Повышение от 38° и выше		Субфебрильная	
78%		22%	
Отеки		*Боли в ране*	
резко выраженные	умеренно выраженные	значительные	умеренные
80%	20%	51%	49%

Таким образом большую диагностическую ценность представлял отек мягких тканей, затем повышение температуры и, наконец, боли, сильнее обычных раневых болей, — 51%. Бессонница нами рассматривалась как непосредственное следствие болей, отечности и интоксикации. Тем не менее необходимо отметить, что не меньше 60% всех случаев анаэробной инфекции были распознаны и оперированы ночью. Частота пульса специально не изучалась, однако наличие частого пульса, особенно при субфебрильной температуре, всегда являлось крайне тревожным симптомом.

С момента поступления раненых в госпиталь анаэробная инфекция распознавалась в течение 24 часов в 65,2%; от двух до четырех суток — в 34,8%.

В целях раннего выявления анаэробной инфекции практиковались дополнительные поздние ночные обходы, а также эффективной мерой оказался инструктаж дежурных палатных медицинских сестер, после которого благодаря своевременной сигнализации было обнаружено несколько случаев периода ранних симптомов анаэробной инфекции. Все раненые с осложнением анаэробной инфекцией изолировались в специальную землянку-палату со своей перевязочной. Были выделены дежурные медицинские сестры, санитары и операционная, белье и инструментарий.

С целью озонации и дезодорации широко применялось использование хвойной зелени, по нашим наблюдениям, почти полностью уничтожавшей специфическое для газовых изоляторов зловоние. Хирургическое лечение в случаях газовой инфекции без гангрены заключалось в широком рассечении ран, удалении всего нежизнеспособного с последующей обработкой ран перекисью водорода и хлорамином, с иммобилизацией раненой конечности. Лечение сульфамидными препаратами ввиду их острого недостатка в тот период применялось лишь в единичных случаях.

В периоде генерализации инфекции, при наличии гангрены или близких к ней предгангренозных явлений, производили ампутацию, исходя из принципа: «чем выше, тем лучше».

В огромном большинстве случаев ампутация производилась под хлорэтиловым наркозом с присоединением в виде исключения эфирного ингаляционного наркоза.

Как правило, всем больным с анаэробной инфекцией производилась трансфузия цитратной крови, во многих случаях — повторно.

В августе систематически применялось сывороточное лечение по методу д-ра Дудко, оценку которого ввиду недостаточного количества случаев дать пока трудно.

Несомненно, успех лечения зависит от своевременного применения радикального хирургического лечения. Если в июле и в июне преобладали случаи бронзовой формы анаэробной инфекции со сравнительно благоприятным, медленным клиническим течением, то в августе было больше прогрессирующих молниеносных форм с образованием фликтен и различных нюансов окраски пятен на коже, сопровождавшихся часто гангренами. Тогда же встретились все четыре случая сосудистой формы молниеносной анаэробной инфекции. Во всех случаях при аутопсии в сосудистом русле был обнаружен газ, а в одном из них газ был найден в печени.

И. И. ГЛУМОВ
Майор медицинской службы

ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПРОНИКАЮЩИЕ РАНЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

(По материалам полевого подвижного госпиталя N-ской армии)

З проникающих ранений грудной клетки в первую очередь обращают на себя внимание ранения с открытым пневмотораксом. С первого взгляда здесь бросается в глаза тягчайшее состояние раненого, наступающее сразу после ранения.

Шоковое состояние у таких раненых мы наблюдали часто. Большое значение в профилактике шока здесь имеет вовремя наложенная герметическая повязка на рану грудной клетки. Для этой цели могут быть использованы прорезиненные ткани, в частности прорезиненная оболочка от индивидуального перевязочного пакета. С таким же успехом может быть применен липкий пластырь с последующим наложением фиксирующей повязки на грудь.

В медсанбате раненые с открытым пневмотораксом должны подвергаться экстренному хирургическому вмешательству наравне с ранеными, требующими остановки кровотечения. В последующем в течение двух-трех дней их нужно считать нетранспортабельными. Более ранняя эвакуация после ушивания пневмоторакса ведет к тяжелым осложнениям и нередко заканчивается летальным исходом.

Большинство раненых поступало к нам в госпиталь с выраженными явлениями шока в той или иной степени, что требовало принятия необходимых противошоковых мер еще до оперативного вмешательства. В первую очередь мы прибегли к вагосимпатической блокаде. В показанных случаях делали переливание крови в количестве 200—250 см^3, при большой кровопотере переливали до 500—600 см^3.

Обезболиванию мы придаем большое значение и считаем, что хорошо проведенная анестезия обеспечивает успех оперативного

вмешательства. Операцию проводили исключительно под местной анестезией ½% новокаином с обязательной блокадой межреберных нервов. Иссечение тканей и удаление осколков поврежденных ребер считаем обязательным. Отверстие в плевре в течение операции мы закрывали марлевым шариком или салфеткой.

После обработки раны накладывались двух-трехэтажные плевро-мышечные швы, которые мы старались наложить без всякого натяжения. При ранах значительной величины закрытие дефекта производили за счет прилегающих мышц путем отсепаровки и сдвигания их к ране. Кожная рана оставалась открытой.

Ахутин рекомендует выкраивать лоскут на ножке из большой грудной широкой мышцы спины или передней зубчатой, в зависимости от локализации ранения. Конец массивного лоскута, густо припудренного стрептоцидом, вводится в отверстие и плотно фиксируется швами к его краям. Над лоскутом стягиваются швами края прилегающих мышц. При больших зияющих ранах подшивание легкого к краям раны, пожалуй, является единственным способом, обеспечивающим надежный герметизм, устраняющий колебание средостения. Кроме того, раненый участок легкого как источник инфекции изолируется от плевральной полости. Это особенно важно при слепых ранениях легкого. Таких операций у нас было четыре.

При локализации раны в нижних отделах грудной клетки мы закрывали ее путем подшивания диафрагмы. Операция закрытия дефекта в грудной стенке является основным мероприятием, устраняющим причины, которые вызывают плевро-пульмональный шок (сразу же прекращается поступление воздуха в плевральную полость, устраняется колебание средостения, улучшаются дыхание и работа сердца). Состояние раненого обычно быстро улучшается, уменьшается одышка, пульс становится реже и полнее, явления шока проходят быстрее.

Однако в тяжелых случаях и оперативное вмешательство не приводит к желаемым результатам. Тяжелое состояние продолжает оставаться, явления шока не снижаются, и раненый в течение ближайших часов может погибнуть от шока.

Следовательно, борьба за снижение смертности в таких случаях должна вестись по линии расширения противошоковых мероприятий. В этом отношении ваго-симпатическая блокада является мощным средством при лечении проникающих ранений грудной клетки. Почти во всех случаях проводимой нами ваго-симпатической блокады наблюдалось в первые же минуты, а иногда и в момент проведения ее, значительное улучшение общего состояния.

Ваго-симпатическую блокаду мы проводим по Вишневскому. По сообщению Тодуа, лечение без блокады дало смертельный исход в 14,4%, при операциях с блокадой летальный исход выразился в 6,3%. Отсюда следует, что ваго-симпатическую блокаду нужно проводить шире. Особенно она показана при ранениях грудной клетки с открытым пневмотораксом.

Раненые с проникающим ранением грудной клетки без открытого пневмоторакса в большинстве своем поступали к нам в сравнительно удовлетворительном состоянии. Тем не менее и среди этой группы нередко были раненые в тяжелом состоянии. Бледность, частый пульс, вялость, тупость перкуторного тона, ослабление дыхательного шума — все это наводило на мысль о внутреннем кровотечении. В этих случаях наблюдение за больным, измерение кровяного давления, реакция на свертываемость крови, излившейся в плевральную полость, разрешали сомнения.

При нарастающем кровотечении показано оперативное вмешательство с проведением широкой торакотомии и одновременным переливанием больших доз крови. По вскрытии плевральной полости мы удаляли излившуюся кровь, накладывали шов на легкое или перевязывали кровоточащий сосуд в грудной стенке. В остальных случаях оперативное вмешательство ограничивалось рассечением ран. Более широкое вмешательство осуществлять не следует, так как чрезмерная активность хирурга может превратить закрытый пневмоторакс в открытый. Мы наблюдали ряд случаев, когда после такой обработки раненые направлялись с диагнозом закрытого пневмоторакса, однако при первом же осмотре обнаруживалась «сосущая рана».

После ушивания пневмоторакса, а также при закрытом пневмотораксе, мы предоставляем раненым абсолютный покой, с приподнятым положением верхнего отдела туловища.

Из медикаментозных средств с целью профилактики у нас широко применяется стрептоцид. Хлористый кальций вводится внутривенно в 10% растворе 10 г через день или дается в растворе через рот. Кодеин в обычной дозировке, инъекции морфина 1—1,5 см^3 два-три раза в день — оказывали благотворное влияние на этих раненых.

Введение сердечных средств (камфора, кофеин) являлось обязательным, особенно в первые дни, а в дальнейшем — по показаниям. В тяжелых случаях с явлениями расстройства дыхания мы широко применяли кислород.

О пользе кислородной терапии говорить нечего, она всем известна. Кислород дается через нос при помощи катетера.

Сравнительные данные показывают, что сульфидин, применяемый с профилактической целью, является эффективным средством при лечении ранений плевры и легкого. Значительно укорачиваются сроки пребывания раненых в госпитале, уменьшается смертность, осложнения наблюдаются реже. Конечно, на основании небольшого количества наблюдений, какое мы провели, нельзя делать окончательные выводы, тем не менее мы имели благоприятные результаты, и только отсутствие сульфидина заставило нас прекратить его применение с профилактической целью.

Раневая инфекция при проникающих ранениях грудной клетки нередко дает тяжелые осложнения. Эти осложнения могут развиться в течение ближайших трех — пяти дней, вследствие первичного инфицирования раневого канала грудной стенки, плевры

и легкого или, в более поздние сроки, — вследствие инфицирования самого пневмогемоторакса. Наличие развившейся инфекции обычно приводит к расхождению ушитой раны и образованию вторичного открытого пневмоторакса. Это одно из тяжелых осложнений. В таких случаях вслед за расхождением раны наступает плевральный шок, сочетающийся с бурно протекающей инфекцией плевры. Расхождение швов чаще наступает на 4-й и 5-й день. В более поздние сроки расхождение наблюдается значительно реже. Наибольшее количество летальных исходов приходится на 1-й день расхождения раны.

Первейшим мероприятием при этих осложнениях, как и при первичных открытых пневмотораксах, должно быть быстрое закрытие дефекта грудной стенки. Однако ушивание открывшихся пневмотораксов не дает положительного эффекта. Обычно на 2—3-й день швы снова расходятся. Тем не менее этот способ в ряде случаев мы применяли, если воспалительный процесс в ране был выражен нерезко.

В отдельных случаях мы ограничивались наложением герметической повязки, используя для этой цели резиновую перчатку с пальцем с прорезью на верхушке его или же сближали края раны липкопластырной повязкой. Отсасывание содержимого плевральной полости после закрытия открывшегося пневмоторакса является обязательным.

Хотя все эти способы и не обеспечивают должного герметизма, но мы их применяли в расчете на то, что они дают возможность организму справиться в ближайшие дни с назревшей катастрофой.

Решающим условием в профилактике инфекций и предупреждения расхождения швов является раннее откачивание излившейся крови из плевральной полости. В этом отношении показательными являются сравнительные данные на нашем материале, указывающие на целесообразность откачивания экссудата.

В осеннюю боевую операцию 1942 г. процент расхождения швов и нагноений был велик. Одной из причин, вызывавших эти осложнения, мы считаем редкое применение откачивания экссудата из плевральной полости. Когда откачивание стало применяться систематически, расхождение швов наблюдалось значительно реже.

Открывшиеся пневмотораксы, как правило, нагнаиваются, количество нагноений велико и доходит до 80—90% (Куприянов, Тюриков).

При переходе гемоторакса в пиоторакс мы проводили резекцию ребра с подведением сифонного дренажа, наружный конец которого опускался в жидкость с дезинфицирующим раствором.

Там, где расхождение швов проходило без шоковых явлений, что встречается в более поздние сроки после ранений и при отграниченных эмпиемах, дренирование полости производилось через открывшуюся рану, если дренирование через нее обеспечивалось хорошо.

Придавая большое значение профилактике инфекции при наличии гемоторакса, откачивание экссудата начинали с 3—4-го дня

дробными дозами (400—500 см³), увеличивая в последующем, если больной их переносил хорошо.

Степень инфицирования экссудата проверялась пробой Петрова. При переходе гемоторакса в пиоторакс плевральные пункции прекращались. В этих случаях мы переходили на дренирование плевральной полости закрытым методом или резекцией ребра.

Одним из сравнительно частых осложнений при проникающих ранениях грудной клетки является пневмония. По нашим наблюдениям, среди раненных в грудь пневмония встретилась в 36,1%, из них на противоположной стороне пневмония развилась в 20,0%, на стороне поражения — в 12,1% и двусторонняя — в 4%. При обнаружении пневмонического очага мы применяли сульфидин, давший хорошие результаты.

ХРОНИКА ВОЕННО-САНИТАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

● 5 марта в госпитале, где начальником майор медицинской службы тов. Рывлин, состоялся вечер, посвященный памяти Г. Я. Седова.

В большой палате собрались находящиеся на излечении бойцы и офицеры. Капитан 3 ранга тов. Воробьев, гидрограф, неоднократно бывавший в Арктике и плававший на ледоколе «Седов», рассказал собравшимся о жизненном пути замечательного исследователя. С воспоминаниями выступила В. В. Седова, вдова бесстрашного исследователя Арктики.

● 7 марта в госпиталь, где заместителем начальника по политической части капитан Углев, приехала группа партизан, действовавших против немецко-фашистских захватчиков в Ленинградской и Калининской областях.

Весть о приезде партизан мигом облетела весь госпиталь. Через несколько минут в залах офицерского и красноармейского клубов собралось много бойцов и командиров. Они горячо встретили дорогих гостей.

Партизаны рассказали о своих боевых делах. Командир роты Васильев уничтожил шесть автомашин с гитлеровцами. Начальник подрывной группы коммунист Левшонков пустил под откос несколько поездов с живой силой и техникой врага. Медсестры Аня Петрова и Дуся Васильева в тяжелых условиях спасали жизнь раненых партизан на поле боя.

Фронтовики с огромным вниманием слушали народных мстителей, неоднократно прерывая их рассказы бурными аплодисментами.

Партизаны обошли палаты и ознакомились с жизнью госпиталя. Прощаясь с воинами, гости пожелали им скорейшего выздоровления и возвращения в строй для окончательного разгрома ненавистного врага.

● 10 марта Большой драматический театр им. М. Горького ознаменовал свое 25-летие шефскими концертами для воинов Ленинградского фронта.

Большая группа артистов приехала в N-ский госпиталь. В просторных зрительных залах офицерского и красноармейского клубов собралось много бойцов и командиров—участников боев за освобождение Ленинграда от вражеской блокады. Фронтовики радушно встретили гостей.

Артисты горячо приветствовали защитников города Ленина и пожелали им скорейшего и полного выздоровления.

● 15 марта в N-ский госпиталь приехала группа артистов Московского художественного академического театра им. М. Горького и Музыкального театра им. К. С. Станиславского и В. И. Немировича-Данченко. В офицерском клубе собрались фронтовики, участники боев за освобождение Ленинграда от вражеской блокады, врачи, медицинские сестры и другие работники госпиталя.

Артисты исполнили сцены из спектаклей «Любовь Яровая», «Гроза» и отрывки из оперетты «Дочь Анго». Бурными аплодисментами наградили бойцы и офицеры выступавших артистов.

● 18 марта 1944 г. в хвойном лесу, среди холмов и песков, открылся полевой госпиталь-санаторий для офицеров Красной Армии.

Раненые и больные офицеры получают здесь самую разнообразную лечебную помощь. В хорошо оборудованных кабинетах физиотерапевтического отделения широко и успешно применяется электро-, свето- и водолечение. Желудочные больные обеспечены диэтетическим питанием. Имеется зубоврачебный кабинет.

Дружный и работоспособный коллектив госпиталя настойчиво и упорно добивается одной цели: как можно быстрей восстановить здоровье офицеров, помочь им возвратиться в строй. Разрешению этой задачи способствуют образцовый порядок и уют, внимание и сердечная забота медицинского и обслуживающего персонала.

Закончив срок лечения-отдыха, здоровые и бодрые, возвращаются отсюда офицеры на свои боевые посты.

● 19 марта ночью главный хирург Кодзоев и хирург Южакова закончили последнюю операцию. Они собирались отдохнуть после нескольких бессонных ночей, когда в госпиталь привезли тяжело раненого, в состоянии шока, офицера Гаврилова. Требовалось немедленно его оперировать.

Операция была произведена быстро. Но состояние Гаврилова продолжало оставаться опасным. Врачи предпринимали все, чтобы спасти его жизнь: четыре раза делали переливание крови, вводили аскорбиновую кислоту с глюкозой. Оба врача провели около раненого остаток ночи.

Утром их сменили врачи Уманская, Миняева, сестра Ивановская. Несколько дней от постели Гаврилова ни на минуту не отходили врачи. Они ненадолго покинули палату лишь тогда, когда состояние больного стало улучшаться.

Врачи этого госпиталя получают много благодарственных писем от воинов, лежавших в госпитале.

● 20 марта в гостях у раненых воинов, находящихся на излечении в одном из госпиталей, побывали ученики Ленинградского хореографического училища.

В госпитале состоялся концерт. Девочки второго класса исполнили вальс Чайковского. Юные танцоры показали свое мастерство, исполнив «лезгинку».

● 20 марта. На курорты Кавказа направлена на лечение группа инвалидов Отечественной войны. В Сочи, Кисловодск, Ессентуки и Пятигорск выехало 32 ленинградца. Они пробудут в санаториях полтора месяца.

● 20 марта. N-ский населенный пункт. Нарвское направление. Здесь когда-то стояли красивые дома, были нарядные скверы, чистые улицы. Отступающее под мощными ударами наших войск фашистское зверье разрушило дотла жилые дома, общественные и государственные учреждения. N-ский госпиталь, где начальником майор медицинской службы тов. Хохлов, развернул работу в сильно разрушенных домах — без крыш, с разбитыми стенами. Нужно было срочно организовать прием раненых, их хирургическую обработку, наладить их лечение и дальнейшую эвакуацию. Несколько дней назад, когда госпиталь только что прибыл, трудно было представить, что здесь может работать медицинское учреждение, могут быть созданы и тепло, и уют, и необходимые условия для ухода за ранеными. Самоотверженный труд медицинских и хозяйственных работников госпиталя быстро и успешно разрешил эту задачу. Особенно следует отметить организацию санпропускника, в котором может мыться несколько сот человек в сутки. В два-три дня были утеплены все отделения пропускника, установлены необходимые водогрейные котлы, души, проведены трубы, организовано мытье раненых.

● 22 марта. В N-ском хирургическом полевом подвижном госпитале (Нарвское направление) работает заслуженный деятель науки профессор С. С. Юдин со своими сотрудниками. В операционно-перевязочном блоке, где он проводит сложнейшие операции, присутствуют десятки хирургов из медико-санитарных батальонов и молодых врачей из полков. Среди врачей — специалисты с большим врачебным стажем и молодые товарищи, совсем недавно окончившие медицинские институты. Все они с одинаковым интересом и вниманием следят за искусной техникой хирурга.

● 24 марта в N-ском хирургическом полевом подвижном госпитале, где начальником майор медицинской службы тов. Янченко, состоялось вручение значка «Отличник санитарной службы» лучшим медицинским сестрам. Церемония вручения происходила у небольшой палатки, расположенной в лесу, невдалеке от хирургического блока. Значки вручил Начальник санитарной службы N-ского соединения полковник медицинской службы тов. Павловский.

● 25 марта в госпиталь, где заместителем начальника по политической части тов. Попов, пришли работники библиотечного коллектора Ленокогиза. Они принесли с собой много книг, брошюры, конверты и открытки. В короткое время все было раскуплено. Бойцы и командиры, находящиеся на излечении в госпитале, дали книжным работникам несколько заказов. Они были быстро выполнены.

● 26 марта состоялось открытие Ленинградского военно-медицинского музея, в котором обобщен богатый опыт медико-санитарного обеспечения Красной Армии, опыт ленинградских военных медиков. В залах музея последовательно показана организация лечебно-эвакуационного обслуживания войск Ленинградского фронта в период блокады, прорыва ее и стремительных наступательных действий войск.

Большое место уделено показу новейших методов лечения раненых, выставлены хирургические инструменты, изготовленные предприятиями Ленинграда во время блокады. Интересны панорамы, показывающие самоотверженную работу врачей и санитаров, сопровождающих наступающие части.

После открытия главные специалисты фронта ознакомили собравшихся с отдельными залами музея.

● 27 марта. Невдалеке от передовых позиций, в лесу, в укрытом от огня противника месте, организована баня для бойцов. Здесь моющиеся получают чистое белье, имеют возможность побриться и постричься. Пока идет мытье бойцов, их вещи подвергаются дезинфекции. Эту работу с успехом организуют сержанты Красуля, Александров, ефрейторы Рузин, Насибулов. Ими руководит командир взвода лейтенант медицинской службы Иванова из N-ской обмывочно-дезинфекционной роты.

● 29 марта в N-ский госпиталь приехал представитель командования дивизии, в которой служил и сражался гвардии лейтенант Виктор Корсаков, находящийся на излечении в госпитале. В палате, где лежит Корсаков, собрались другие раненые — боевые друзья Корсакова. Представитель командования рассказал им о подвиге лейтенанта, о котором помнят и которым гордятся гвардейцы.

— За этот подвиг, — сказал он, — гвардии лейтенант Виктор Иванович Корсаков награжден орденом Отечественной войны II степени. А ранее он уже был награжден орденом Красной Звезды.

Представитель командования вручил раненому герою два ордена.

Надо ли говорить, как радостно взволнован был гвардии лейтенант Корсаков наградой и вниманием командования, как ярко запечатлелся в его памяти этот день! Запомнился этот день и другим раненым. Они воочию увидели, что в части не забывают воинов, проливших свою кровь за Родину, что Отчизна высоко ценит их подвиги и щедро награждает.

● Март 1944 г. В светлых просторных палатах госпиталя, где начальником майор медицинской службы И. Е. Кашкаров, лежат бойцы и офицеры Эстонского национального корпуса.

Один из лучших ленинградских госпиталей прилагает все усилия к тому, чтобы раненые воины-эстонцы были устроены хорошо. Внимательно и любовно ухаживает за ними сестра-эстонка Бурц. Сегодня, в воскресенье, она обходит палату с блокнотом в руках, опрашивая, есть ли у кого поручение, пожелание, просьба. Постепенно блокнот заполняется, и у последней постели сестра говорит обнадеживающе-решительно:

— Все сегодня будет исполнено.

Потом сестра читает свежую эстонскую газету... Больные любят сестру и поверяют ей задушевные свои думы.

Ведет эстонскую палату врач Власова. Артиллерист Раннула, участник ожесточенных боев под Нарвой, боец Мянд, плохо говорящий по-русски, но дерущийся с фашистами не хуже своих русских братьев, товарищ Ярв, у которого осколком мины разворочено бедро, — все они испытали на себе

нежную материнскую заботливость доктора Власовой, бережно врачующей их и знающей историю жизни каждого.

Раненые эстонские воины говорят, что, вернувшись на фронт, они свято будут хранить память о госпитале, о чудесных его людях, самоотверженно отдающих всю свою душу, силы и знания великому делу возвращения жизни и здоровья пострадавшим в боях с немецкими захватчиками.

Настоящий и последующий номер журнала подготовлены к печати в действующих войсках Ленинградского фронта ответственным секретарем журнала, полковником медицинской службы С. М. Багдасарьяном.

В работе приняли участие литературные сотрудники В. Г. Черевков и Н. В. Воздвиженская.

Рисунки исполнены художниками М. Ф. Вербовым, Г. Д. Епифановым, А. Н. Прошкиным, Г. П. Фитиньф Е. А. Штессель. Фотоиллюстрации Я. А. Лебедева.

Титул (красочный) отпечатан в 9-й типографии Управления изд-в и полиграфии.

Издание выполнено Лен. Отд. Медгиз под наблюдением заведующего издательством Ф. Я. Шевченко.

Замеченные опечатки в Военно-медицинском журнале

март-апрель 1944 г.

Стр.	*Строка*	*Напечатано*	*Следует читать*
4	10 снизу	учебные	лечебные
6	1 сверху	объма	объема

Зак. 1687.

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
КРАСНОЙ АРМИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ
Ответственный секретарь
полковник медицинской службы С. М. БАГДАСАРЬЯН

Члены редколлегии:
генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН,
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ

Ж 7852

МАЙ

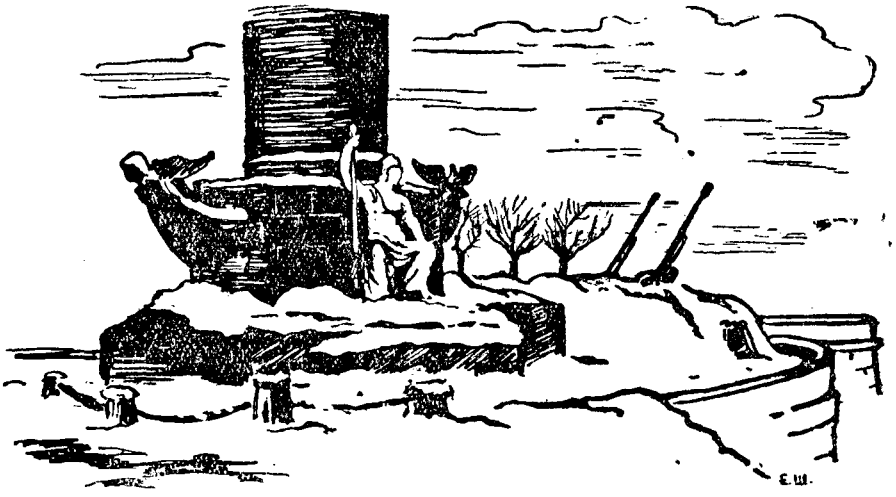
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
ЛЕНИНГРАД—МОСКВА—1944

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 160

Отв. редактор Е. И. Смирнов

Сдано в набор 25 апр. 1944 г. Подписано к печ. 26 июля 1944 г. М—02447. Печ. 4,5 л. Уч.-авт. 5,46 л.
Ф. 60×92 1/16. Заказ № 9 1

Типография № 1 им. Володарского Управления полиграфии
и издательств при Ленгорисполкоме



Ф. А. КОПЫЛОВ
Майор медицинской службы,
старший хирург N-ского эвакогоспиталя

ТЕХНИКА АМПУТАЦИЙ

АМПУТАЦИИ производятся с древнейших времен и сохранили следы взглядов и установок различных эпох развития хирургии. Это вносит в вопрос об ампутациях ряд затруднений, особенно во время войны, когда количество ампутаций чрезвычайно возрастает, а выполняют их врачи, в большинстве своем раньше не имевшие к ним никакого отношения.

Начнем с принципиальной установки. На протяжении многих веков усечения конечностей представлялись операциями особого рода по объему вмешательства и связанной с ним смертельной опасности, а главное по своему принципу — совершенного удаления больной или поврежденной части человеческого тела. Отсюда издавна и прочно установившаяся оценка ампутаций как показателя бессилия хирургии.

Этот взгляд повторяется, переходя из учебника в учебник, до самого последнего времени, хотя хирургические установки, на основании которых такой взгляд сложился, коренным образом изменились.

Дело, конечно, не в словах. Оценка ампутации как вмешательства, до известной степени компрометирующего хирурга, усваиваемая поколениями врачей, создает психическую задержку, когда встает вопрос об ампутации. Отсюда — откладывание ампутаций без достаточных оснований, нередко с печальным исходом.

Совершенствование хирургии суживает показания к ампутации. Но едва ли когда-нибудь удастся воскрешать мертвые, нередко уже разлагающиеся ткани конечностей, пострадавших от суммиро-

ванного действия травмы и инфекции, и тем самым сделать ампутации ненужными. Старинная оценка ампутаций как показателя бессилия хирургии перестала быть правильной и должна быть снабжена в учебниках соответствующими разъяснениями.

Традиции прошлого продолжают тяготеть и в вопросах о технике ампутаций. До сих пор, например, продолжают рекомендовать в числе прочих для усечения верхних и нижних конечностей на различных уровнях способ par transfixion. Это скоростной способ, которым возможно произвести вычленение бедра в две минуты. Он порожден стремлением сократить до минимума продолжительность хирургической пытки в донаркозный период и в свое время имел несомненные преимущества.

Теперь же вместо былых преимуществ ампутации par transfixion остались лишь ее недостатки: производство операций вслепую, без всякого учета состояния глубоких тканей, возможность рассечения одних и тех же сосудистых стволов в нескольких местах, затруднения вследствие наличия в мягких тканях отломков кости и инородных тел и мясистые, отечные культи с массивными пластами нефункционирующих мышц, требующие длительного срока для восстановления кровообращения в последующей атрофии. Тем не менее и теперь еще этот способ продолжает по традиции излагаться в учебниках, как по традиции же сохранился в ампутационных наборах нож с обоюдоострым концом, специально предназначенный для вычленения в тазобедренном суставе par transfixion и совершенно ненужный теперь.

Война требует максимальной стандартизации всей хирургической работы. Даже небольшие мероприятия в этом направлении существенно облегчают ее и повышают эффективность. Было бы крайне желательным разработать для каждого отдела верхней и нижней конечности определенный, наилучший способ ампутации. Для усечения конечности «в холодном периоде» и реампутаций эта задача в значительной степени выполнена: имеются известные схемы Цур-Верта, Юсевича, Кауша, Приорова и др., в основу которых положен принцип создания культей, наиболее пригодных для протезирования.

При ампутациях в военное время эти схемы не должны применяться, так как забота о протезировании оттесняется другой, гораздо более важной: сохранить жизнь раненого ценою возможно меньшей части пострадавшей конечности.

Главная опасность для жизни заключается в инфекции, уже развившейся в зоне повреждения или неизбежно угрожающей своим развитием в самое ближайшее время. И ампутация по поводу военной травмы сама по себе должна рассматриваться прежде всего как средство в борьбе с инфекцией, правда, средство, самое тяжелое по своим последствиям. Распространением и вирулентностью инфекции должны определяться как уровень, так и способ ампутации.

В этом заключается трудность выбора. От ошибок именно в этом направлении и зависят многие неудачи с последующими осложнениями, вплоть до смертельного исхода.

Из всех способов ампутаций должен быть избран такой, который в каждом данном случае наиболее соответствует современному представлению о раневой инфекции и мерах борьбы с ней.

Все остальные соображения: скорость выполнения ампутации, техническая простота ее, авторитет больших имен прошлого, забота о будущем протезировании, привычка хирурга к тому или иному способу и пр. должны отпасть совсем.

Наиболее совершенным хирургическим вмешательством в борьбе с инфекцией является полное удаление инфекционного очага в пределах здоровых тканей с последующим зашиванием операционной раны наглухо.

Но в условиях войны такого рода ампутации рекомендовать нельзя. Хорошие результаты могут быть получены только дорогой ценой усечения конечности на более высоком уровне, чем это необходимо, т. е. ценой значительного понижения работоспособности ампутированного в продолжение всей его последующей жизни. Тем самым костно-пластические способы ампутации, наиболее совершенные во всех отношениях, во время войны неприменимы.

Если отказаться от мысли изъять при ампутациях целиком весь очаг инфекции и зашить рану, то задачей хирурга становится выполнение ампутации с таким расчетом, чтобы, удалив все нежизнеспособные ткани, обеспечить обследование раневой поверхности в послеоперационном периоде и сток раневого отделяемого.

При тяжелых размозжениях или отрывах конечности, когда внесенная в ткани инфекция еще не успела развиться, для достижения указанной цели достаточно рассечь мостики мягких тканей, на которых висит нежизнеспособная часть конечности, и перевязать сосуды. В отдельных случаях приходится, кроме того, скусить или спилить конец кости, если он выстоит из мягких тканей.

Это вмешательство в сущности не является настоящей ампутацией и потому называется некоторыми авторами (Юсевич), в отличие от нее, «отсечением» конечности. Оно представляет собой хирургическую обработку обширной раны с удалением явно нежизнеспособных тканей. В этом отношении нет принципиальной разницы, что именно удаляется: лоскуток кожи или целая конечность, висящая на обрывках покровов и мышц. Оба вмешательства являются хирургической обработкой раны — не больше.

При уже развившейся инфекции приходится удалять конечность проксимальнее зоны повреждения в пределах тканей, макроскопически здоровых. В самых тяжелых случаях такого рода показана одномоментная круговая ампутация «гильотинным» способом.

Гильотинная ампутация гораздо старше гильотины. Теперь, как последнее средство в борьбе с бурно прогрессирующей инфекцией, она стоит вне всякой конкуренции. Образующаяся при этом методе раневая поверхность является минимальной по сравнению со всеми другими способами и полностью доступна осмотру в послеоперационном периоде. Гильотинная ампутация универсальна, так как может быть произведена на любом уровне верхней и нижней ко-

нечности. Техника ее выполнения доведена до предельного упрощения. Эти преимущества настолько велики, что, вопреки всем возражениям и протестам, гильотинная ампутация сохранит свое значение, пока не будут найдены для борьбы с инфекцией более могущественные средства, чем те, которыми мы теперь располагаем.

Но не менее велики и недостатки этого способа. Речь идет не о том, что в результате гильотинной ампутации культи оказываются порочными и нуждаются для протезирования в последующем оперативном исправлении, как правило, в виде реампутации. Ампутации военного времени, производимые и другими способами, также дают в значительном большинстве культи, весьма далекие от требований протезирования.

Хирургический принцип оставить рану открытой, если она инфицирована, и, по возможности, скорее закрыть ее, когда инфекция миновала, может быть осуществлен при гильотинной ампутации только в первой своей части. Раневая поверхность, образующаяся в результате гильотинной ампутации, постепенно уменьшается путем рубцевания с периферии, но полностью может быть закрыта только посредством реампутации. Медленно сглаживающаяся отечность свежей культи и опасения вызвать новую вспышку инфекции заставляют даже при самых благоприятных условиях откладывать реампутацию, особенно нижней конечности, не менее чем на 2 месяца. Большей частью этот срок по разным причинам (необходимость дальнейшей эвакуации, нежелание ампутированного подвергнуться повторной операции, наличие других ранений и пр.) намного увеличивается. При неизбежных многочисленных перевязках обширную гранулирующую поверхность на конце культи трудно уберечь от инфекции. Отсюда образование воспаленных язв, затеков, рожи, остеомиелита и стрептодермии, препятствующих оперативной реконструкции культи.

Таким образом первоначальное преимущество гильотинного способа в борьбе с инфекцией в дальнейшем превращается в полную противоположность. Это заставляет относиться к гильотинному способу чрезвычайно сдержанно и пользоваться им только при несомненных показаниях.

Еще покойный профессор Р. Р. Вреден говорил, что гильотинную ампутацию следует производить в двух случаях: «если думать некогда и если думать нечем». В сущности действительным показанием является положение, предусматриваемое первой половиной этого афоризма: бурно прогрессирующие формы тяжелой инфекции, почти всегда анаэробной, когда опасность для жизни настолько велика, что заставляет забыть все остальное.

Второе показание крайне условно: это неумение правильно оценить положение и вытекающая отсюда известная перестраховка, в результате чего применяется способ, дающий для спасения жизни больше гарантий, чем это в действительности необходимо, в ущерб борьбе с последующими инфекционными осложнениями.

От того, что пришлось видеть, складывается впечатление, что на Ленинградском фронте в первый период войны в отдельных

учреждениях гильотинные ампутации производились чаще, чем это было необходимо. Веское подтверждение этому можно найти в статистических таблицах, опубликованных главным хирургом фронта, проф. Куприяновым. За первые полтора года войны в отдельных учреждениях госпитальной базы армии по гильотинному способу ампутации бедра были произведены в 45,7% всех случаев, голени — в 46% и верхней конечности — в 19,9%. При этом общее количество ампутаций по поводу газовой инфекции равно 45,7%. Такое близкое совпадение цифр дает право думать, что в учреждениях госпитальной базы армии почти все ампутации по поводу газовой инфекции были произведены гильотинно.

Соответствующие цифры госпиталей фронтового эвакуационного пункта за тот же период времени равны: для бедра 5,4%, для голени 14,4% и для верхней конечности 4,6% при общем количестве ампутаций по поводу газовой инфекции — 39,4%. Сравнение этих цифр позволяет сделать вывод, что в учреждениях госпитальной базы армии гильотинные ампутации производились чаще, чем это было необходимо.

Для большинства ампутаций во время войны приходится выбирать между круговыми и лоскутными способами в той или иной их модификации. Ампутации, производимые овальными разрезами, нет надобности выделять в особую группу: по существу они являются однолоскутными.

По сравнению с гильотинным круговой и лоскутный способы имеют существенные преимущества. По миновании острой инфекции раневая поверхность легко может быть покрыта кожей. Этим намного сокращается продолжительность заживления и уменьшается опасность вторичной инфекции во всех ее проявлениях. В дальнейшем оперативное улучшение культи применительно к требованиям протезирования оказывается необходимым не во всех случаях, причем часто можно ограничиться вместо реампутации менее обширными вмешательствами.

Наряду с этими преимуществами, круговой и лоскутный способы имеют явные недостатки. Раневая поверхность получается более обширной, обследование ее в послеоперационном периоде затрудняется нависающей с краев кожей; условия стока раневого отделяемого менее благоприятны; послеоперационное ведение ампутированных требует большего внимания и опыта; техника выполнения сложнее.

Промежуточным между гильотинной и круговой ампутациями является круговой способ с боковыми расщепами до кости. Добавление боковых расщепов облегчает обследование раны в послеоперационном периоде и обеспечивает лучший сток отделяемого. Кроме того, этот способ при прочих равных условиях позволяет произвести ампутацию дистальнее, чем при круговом способе, так как боковые расщепы дают возможность справиться с инфекцией выше уровня ампутации.

Указанными особенностями кругового способа с расщепами определяется и область его применения. Он показан в случаях с менее тяжелой инфекцией, чем для гильотинного способа, но

более тяжелой, чем для способа кругового. Считать его универсальным нельзя. Во многих случаях добавление боковых расщепов тоже имело бы характер излишней перестраховки. Боковые расщепы можно сравнить с дополнительными разрезами, производимыми, например, при флегмонах. Если можно ограничиться только одним разрезом без дополнительных, то нет надобности их и делать. Более подробных указаний как для разрезов при флегмонах, так и для боковых расщепов установить нельзя; в каждом случае вопрос решается опытом оператора.

Если есть основания опасаться инфекции не в мышцах, а только в подкожной клетчатке, то дополнительные разрезы следует проводить более поверхностно, только до мышечной фасции. Расположение разрезов, длина их и количество зависят от особенностей случая.

Говоря о круговой ампутации, мы имеем в виду способы с повторными рассечениями мягких тканей, связанные с именами Дюпюитрена, Дезо и Пирогова. Эти способы показаны, когда граница жизнеспособных тканей конечности идет поперечно ее оси. Способ с манжеткой в том виде, как он предложен Пти (Petit), лучше не применять. Манжетка, состоящая только из кожи и жировой клетчатки, обладает, вследствие плохого кровоснабжения, малой сопротивляемостью к инфекции. Если опасность инфекции невелика и можно, следовательно, рассчитывать на заживление без осложнений, то способ Пти тоже не следует применять, особенно на нижней конечности. Клетчатка манжетки спаивается с раневой поверхностью, вследствие чего кожа конца культи лишается необходимой при ношении протеза смещаемости.

Для круговой ампутации бедра, безразлично — с боковыми расщепами или без них, очень целесообразны технические приемы, рекомендованные проф. П. А. Куприяновым, а именно — рассечение первым разрезом только кожи и подкожной клетчатки, вторым — апоневроза по краю сократившейся кожи; затем постепенное рассечение мускулатуры и в последний момент седалищного нерва. При такой методике уменьшается опасность шока, так как нерв пересекается один раз. При ампутации же типично по Пирогову седалищный нерв приходится пересекать дважды.

Наиболее целесообразными для большинства ампутаций военного времени следует признать лоскутные способы. Они создают более благоприятные возможности для обследования раневой поверхности в послеоперационном периоде, чем круговые, сохраняя преимущества этих последних в отношении закрытия конца культи кожей. Кроме того, они позволяют использовать участки здоровой кожи в зоне самого повреждения и потому произвести ампутацию более дистально, чем при круговом способе.

Но для максимального использования этих преимуществ лоскутных способов следует отказаться от мысли найти среди них какой-либо один наилучший. Каждый из них, независимо от количества лоскутов и их формы, взятый вне особенностей случая, требует свободного выбора здоровой кожи. Для большинства военных травм применение любого из этих способов как универ-

сального возможно только при условии перенесения уровня ампутации выше, чем это безусловно необходимо. Иными словами, в жертву чистоте способа будет принесена длина культи.

Количество лоскутов, расположение и форма их должны определяться в каждом случае локализацией и характером механического повреждения и распространением инфекции. Так, например, в относительно свежих случаях, когда гнойная инфекция выражена еще слабо, а кожа повреждена только на боковых поверхностях конечности, показана ампутация с передним и задним лоскутами. Если, как это бывает при сквозных ранениях в сагиттальной плоскости, кожные покровы разрушены только на передней и задней поверхностях, следует воспользоваться здоровой кожей латеральной и медиальной поверхностей и образовать два боковых лоскута. При повреждении кожи с трех сторон иногда оказывается достаточно здоровой кожи на уцелевшей стороне, чтобы произвести ампутацию с одним лоскутом.

Теми же соображениями приходится руководиться и при выраженной инфекции. Она обычно развивается из глубины раны и распространяется на поверхностные слои тканей несколько позже и неравномерно. Нередко при явном наличии гнойной инфекции в глубоких мышцах кожа остается не вовлеченной в процесс и может быть использована для образования лоскута.

Говоря о лоскутах, мы всюду имеем в виду кожно-фасциальные лоскуты, включающие в себя, кроме кожи и подкожной клетчатки, обязательно еще фасцию или апоневроз, т. е. все слои тканей до мышц.

Необходимо самым настойчивым образом проводить при ампутациях принцип максимального использования кожных покровов, уцелевших от травмы и инфекции. Это дает возможность сохранить более длинную культю и ускорить заживление раневой поверхности. Тем самым уменьшается опасность инфекционных осложнений и упрощаются последующие оперативные вмешательства для исправления культи.

Призыв к сбереганию кожных покровов в военной хирургии не нов. В первые месяцы войны первичная обработка ран нередко была связана с расточительным отношением к коже. В окружности ран кожа, ушибленная или пропитанная кровоподтеком, но еще вполне жизнеспособная, старательно иссекалась. Круглые кожные дефекты, получившие название «пятачков», хорошо известны по первому году войны. Теперь их редко можно видеть. Но при ампутациях необходимость максимального сохранения участков здоровой кожи пока еще недостаточно учитывается.

Принятые в оперативной хирургии расчеты длины лоскутов — в зависимости от диаметра ампутируемой конечности и сократительности кожи на том или ином ее уровне — при ампутациях по поводу военной травмы имеют очень относительное значение. Если возможно, в дополнение к основному лоскуту следует сохранить даже отдельные выступы кожи по периферии. Эти выступы, не предусматриваемые классической техникой ампутаций и не заслуживающие даже названия лоскутов, с большой пользой

могут дополнить основной лоскут, не покрывающий всей раневой поверхности.

Техника круговых ампутаций стандартна. Техника лоскутных способов должна быть применена к особенностям случая. Она требует большого клинического опыта в оценке состояния различных тканей и характера инфекции. Слишком оптимистическая оценка повлечет за собой некроз лоскута, а в некоторых случаях будет способствовать дальнейшему распространению инфекции и поставит под угрозу жизнь.

Изложенными соображениями определяется и техника вычленений. Преимущество их по сравнению с ампутациями — значительно меньшая опасность последующих инфекционных осложнений, так как костно-мозговая полость остается невскрытой, а мышцы пересекаются не в мясистой, а в сухожильной части. Исключения составляют экзартикуляции в плечевом и особенно в тазобедренном суставе, они должны производиться только в самых крайних случаях. Для вычленения во всех остальных суставах показания довольно четки: следует пользоваться любой возможностью произвести вычленение вместо ампутации на более высоком уровне. Все замечания об атипичном образовании лоскутов сохраняют полностью свое значение.

Выше было указано, что показания для костно-пластических ампутаций во время войны почти никогда не встречаются, так как для успешного результата таких ампутаций необходимо заживление первичным натяжением. Но всякую возможность для последующей костно-пластической реконструкции культи следует использовать. Встречаются, например, случаи, когда локализация и характер повреждения допускают ампутацию по Гритти, но уверенности в асептическом состоянии тканей нет.

В этих случаях можно применить модификацию, предложенную Оппелем. Она заключается в том, что хрящевую поверхность коленной чашки без всякой обработки прикладывают к опилу бедренной кости. Как окончательное вмешательство модификация Оппеля не должна применяться, потому что сращения хрящевой поверхности чашки с опилом бедренной кости не происходит. При нагрузке на конец культи чашка более или менее соскальзывает. Это скольжение, повторяющееся при каждом шаге, причиняет боли; культя оказывается неопорной.

Но как предварительное вмешательство, с расчетом на создание опорной культи в дальнейшем, модификация Оппеля может найти применение. Необходимо только в этих случаях опилить бедренную кость на 1—2 см дистальнее, чем это обычно производится при так называемом «коротком Гритти». После освежения конца бедренной кости во время последующей реконструкции культя получается нормальной длины. Мы четыре раза производили ампутацию по Гритти — Оппелю и пять раз реконструировали такие культи и не имеем никаких оснований жалеть об этом.

Несколько мелких замечаний. В учении об ампутациях много внимания уделяется обработке концов крупных нервных стволов. Соображения, выдвигаемые за и против каждого предложенного

способа, имеют большое значение при ампутациях с расчетом на первичное натяжение. При ампутациях по поводу военной травмы дело обстоит проще. Если конец нервного ствола виден в ране, следует захватить его, но не вытягивать, а слегка отодвинуть в проксимальном направлении окружающие ткани и отсечь конец нерва одним взмахом бритвенно-острого ножа. Если нервного ствола в ране не видно, искать его не следует, так как расслоение окружающих мышц может способствовать занесению инфекции в глубь тканей культи.

От обработки костного опила по Бунге в большинстве случаев лучше воздержаться по тем же соображениям. Достаточно тщательно перерезать кругом надкостницу и позаботиться, чтобы она не попадала под пилу. При гильотинных ампутациях какая-либо обработка нервов и костного опила во всех случаях противопоказана. При вычленениях удалять суставной хрящ не надо.

Резюмируем вкратце изложенное. Ампутации по поводу военных травм должны рассматриваться прежде всего как средство борьбы с угрожающей жизни инфекцией. Подавление инфекции должно быть достигнуто ценой потери возможно меньшей части конечности, чтобы сохранить для последующей реконструкции культи наибольшие возможности. Указать для того или другого отдела конечности какой-либо из способов ампутации как наилучший невозможно. Способ ампутации в каждом случае определяется локализацией, а также характером повреждения, распространением и вирулентностью инфекции. Классические способы обычно связаны с излишним укорочением конечности. Наиболее целесообразными для большинства случаев являются атипичные лоскутные способы.

П. А. АЛЕСКОВСКИЙ
Гвардии подполковник медицинской службы и
Н. П. ЗАНАДВОРОВ
Гвардии майор медицинской службы

МЕДСАНБАТ ВО ВРЕМЯ ПРОРЫВА БЛОКАДЫ

ЕСЯТОГО января 1943 г. наш медсанбат расположился в 4,5 — 5 км от переднего края, на опушке леса, непосредственно у дороги, служившей магистралью для движения войск и санитарного транспорта. Ближайшим к нам лечебным учреждением был полевой подвижной госпиталь в 6 км от нас в тылу.

К началу операции медсанбат имел в своем распоряжении палаточный фонд, состоявший из семи палаток ДПМ и четырех ППМ, и несколько фанерных домиков. Этот фонд был распределен следующим образом: одна палатка ДПМ была использована

для операционной № 1 на три стола; вторая палатка ДПМ с приточенной к ней палаткой ППМ — под операционную № 2 на пять столов с предоперационной; две палатки ДПМ — под сортировочную (для легко и тяжело раненых); две палатки ДПМ — под эвакоотделения (для ходячих и для носилочных); одна палатка ДПМ — под стационар (для послеоперационных) и, наконец, остальные две палатки ППМ — одна для шоковых больных и одна — под материальную. В фанерных домиках размещались общежития для личного состава, а также некоторые служебные и хозяйственные объекты (штаб, кладовые, аптека и т. п.).

Таким образом хирургический блок состоял всего лишь из восьми столов, из которых три были предназначены для оперирования раненных в живот и в грудную клетку и пять — для всех остальных, в том числе два стола — для обработки легко раненых. Специальной операционной для легко раненых развернуть не представлялось возможным из-за недостатка палаточного фонда.

Единичные раненые — разведчики — стали поступать в медсанбат с 11 на 12 января. Основной, массовый поток раненых начался с 14 часов 12 января, а уже к вечеру этого же дня медсанбат стал заполняться прибывавшими с фронта ранеными. Отведенные под сортировку две палатки ДПМ и утепленный сруб уже вечером этого дня не смогли вместить всех раненых. Поэтому пришлось наиболее легко раненых из них, сняв с машин, обогрев и накормив, отправлять на следующий этап эвакуации. В первые сутки работы мы не задерживали также и транспортабельных, черепно-лицевых и раненных в живот.

В эти первые сутки хирургическая обработка раненых проводилась только хирургами медсанбата.

К вечеру 13 января прибыла группа усиления, и вместе с тем был получен приказ — раненных в живот оперировать на месте.

Работа была чрезвычайно напряженной. В дни максимальной загрузки хирурги отдыхали не более четырех-пяти часов в сутки.

Наибольший поток раненых наблюдался 12—15 января. В эти дни через медсанбат прошло 68% всех поступивших раненых.

Раненые доставлялись с полкового медицинского пункта и непосредственно с поля боя автотранспортом, лошадьми, собачьими упряжками, на волокушах и шли сами. Помещения, отведенные для приемно-сортировочного взвода, иногда быстро заполнялись, что лишало возможности точной и полной регистрации раненых. К тому же медицинская документация на предыдущих этапах была неполной, что оправдывалось крайней перегруженностью полкового медицинского пункта, отсутствием там света, а также разрешением начсандива в отдельных случаях направлять раненых в медсанбат без карточки передового района в целях быстрейшей эвакуации их с переднего края и предупреждения массовых обморожений. Это мероприятие оправдало себя и привело к тому, что с обморожением поступали действительно только единицы.

Через операционные медсанбата прошло 64% всех поступивших раненых. Из числа пропущенных через операционные 66% подверглись оперативному вмешательству, а остальным 34% был произведен лишь туалет окружности ран. К этой группе относились раненные в череп, лицо, кисти, часть раненных в грудную клетку без явлений открытого пневмоторакса, а также остальные, характер ранений у которых не требовал оперативного вмешательства. Лишь раненых, находившихся в тяжелом, нетранспортабельном состоянии, мы оставляли в шоковой палатке и в стационаре.

Среди раненных в грудную клетку, прошедших через операционную, 44,7% пало на раненых с явлениями открытого пневмоторакса.

Ушивание открытого пневмоторакса, как правило, производилось под местной анестезией, но часть раненых, имевших обширные повреждения, оперировалась под ингаляционным наркозом (хлорэтил плюс эфир). Техника операции сводилась к следующему: иссекались поврежденные ткани, кусачками Люэра скусывались торчащие костные осколки ребер, лигировались кровоточащие сосуды, и рана грудной стенки ушивалась трехэтажными швами. Рана кожи оставалась открытой. В трех случаях, ввиду обширных дефектов в грудной клетке, была произведена пневмопексия.

Эта группа раненых после хирургической обработки оставалась в стационаре 4—5 дней, после чего эвакуировалась на дальнейший этап лечения. В стационаре им проводилась сульфидинотерапия, давался кислород. К послеоперационным пункциям плевры прибегли всего лишь в одном случае тотального гемоторакса с тяжелым послеоперационным течением.

Из всех поступивших в операционную пострадавших с проникающим ранением в брюшную полость оперировалось 50%. Группа неоперированных представляла собой раненых, прошедших через противошоковую палатку, в крайне тяжелом состоянии, с множественными и обширными повреждениями. Целый ряд мероприятий (переливание крови и кровезамещающей жидкости, сердечные, наркотики) не выводили эту группу раненых из тяжелого состояния. Что касается давности ранения, то этот фактор в медсанбате не являлся препятствием для оперативного вмешательства.

Чревосечения производились под наркозом (хлорэтил плюс эфир). Во время операции и после операции переливалась кровь дробными порциями. Техника операции: послойно производился срединный разрез брюшной стенки, проводилась ревизия брюшной полости начиная от желудка до прямой кишки, и, в зависимости от ранения, предпринималось то или иное оперативное вмешательство.

После операции раненных в живот помещали в стационар, где в течение первых двух дней по отношению к ним проводили голодную диэту; с третьего дня давали чай, бульон, кисель, вино. С большой охотой питались эти раненые смесью Спасокукоцкого. На протяжении послеоперационного периода раненным в брюшную

полость производились внутривенные вливания кровезамещающей жидкости и 5% глюкозы на физиологическом растворе в массивных дозах, до 2 л в сутки. Эти раненые эвакуировались на седьмой-восьмой день после операции.

Раненные в конечности составляли 79% всех раненых, прошедших через операционные медсанбата. Из раненных в верхние конечности подверглось операции 71,8%. Из числа оперированных в 3,2% случаев были произведены ампутации. Послеоперационной смертности среди этих раненых не было.

Раненных в нижние конечности оперировали в 76% случаев. Из этого количества 14,1% имело огнестрельный перелом бедра. Во всех случаях перелома бедра раненым были наложены шины Дитерихса и Томаса. Из числа оперированных по поводу ранений нижних конечностей в 4,9% случаев была произведена ампутация. Все ампутации — под хлорэтилом с предварительным введением внутривенно 1,5 см³ 1% раствора морфия. Ампутация — круговая, двухмоментная, как правило — без жгута. В ране перевязывались сосуды. Сечение и обработка нервов производились по Витцелю, обработка кости — по Бунге. В случае обширного размозжения костно-мышечного аппарата и сосудисто-нервных пучков высокая ампутация плеча производилась после предварительной перевязки сосудов в подмышечной ямке, а высокая ампутация бедра — после предварительной перевязки сосудов в скарповом треугольнике. Перевязка сосудов в ране и на протяжении была произведена в 6,9% случаев к числу оперированных в конечности.

После ампутации бедра и плеча раненые задерживались в медсанбате на двое-трое суток.

Анаэробная инфекция у раненных в нижние конечности наблюдалась в одном случае. Этот раненый был оперирован через двое суток после множественного осколочного ранения нижних конечностей с многооскольчатыми переломами костей левой голени. Ввиду клинически развившейся газовой гангрены голени раненому была произведена ампутация в нижней трети бедра, введена лечебная доза противогангренозной сыворотки, и на третьи сутки после операции раненый был эвакуирован в хорошем состоянии.

Шок наблюдался у 5,6% по отношению ко всем поступившим в медсанбат раненым, у 8,9% — к числу раненых, прошедших через операционную, и у 13,9% — к числу оперированных.

Столь высокий процент шоковых раненых следует объяснить охлаждением раненых на поле боя (температура воздуха до — 25° С), а также недостаточной иммобилизацией. Значительный процент шока падает на раненных в нижние конечности вследствие обширных размозжений, сопровождающихся разрывом сосудисто-нервных стволов, и переломов костей, а также и отрывов конечностей. Эта группа раненых поступала со значительными кровопотерями, и весьма тяжелое состояние их исключало возможность оперативного вмешательства. Большой процент шока падает также на группу с торако-абдоминальными ранениями (плевро-пульмональный и абдоминальный шок).

К капельным переливаниям крови шоковым больным до и после операции мы не прибегали вследствие загруженности операционной и послеоперационной палаток.

В качестве противошокового мероприятия мы часто прибегали к методу одновременного вливания смеси крови, противошоковой и кровезамещающей жидкости из обыкновенных цилиндров, приспособленных из ампул Ленинградского и Московского институтов переливания крови. К переливанию крови дробными порциями раненым с отрывом конечностей и с обширными ранениями, а также раненным в живот, мы прибегали очень редко, так как убедились, что этот метод в данном случае мало эффективен и медленно выводит из шока. Раненным же в брюшную полость с подозрением на внутренние кровотечения кровь переливалась малыми дозами до операции и массивными — по окончательной остановке кровотечений. Как правило, раненным в грудную клетку с явлениями плевро-пульмонального шока, а также раненным в череп при наличии шока переливания производились малыми дозами (200—250 см^3).

Борьба с шоком заключалась в обогревании раненых, введении им внутривенно или подкожно морфия, в применении массивных переливаний крови, кровезамещающей и противошоковой жидкостей, в введении сердечных препаратов, алкоголя.

Работа в шоковой палатке возглавлялась командиром госпитального взвода и проводилась молодым врачом, ранее работавшим в Институте переливания крови. Общее количество трансфузий в медсанбате составило 16,4% по отношению к раненым, поступившим в операционную палату, и 61,4% — в шоковую. Кровь переливали всем, за исключением лишь абсолютно безнадежных, явно агонирующих.

В. А. КАРЕЛИН
Капитан медицинской службы

РАНЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

(По наблюдениям в медико-санитарном батальоне)

БОЕВЫЕ действия велись в условиях торфяно-болотистой местности и носили крайне ожесточенный характер с обеих сторон. Рельеф местности, плохие пути эвакуации, исключительно неблагоприятные метеорологические условия делали эвакуацию с передовых этапов чрезвычайно сложной и отягощавшей состояние транспортируемых.

Даже легко раненые, прибывавшие в медсанбат, нуждались в отдыхе, обогревании и питании прежде чем следовать на дальнейший этап эвакуации. Состояние же тяжело раненых во время транспортировки значительно ухудшалось.

Подвергнуть хирургической обработке всех поступавших раненых медсанбат не мог и не должен был — в соответствии с санитарно-тактической обстановкой и приказанием начсанарма. Поэтому часть раненых — после отдыха, питания, обогревания, исправления повязок и иммобилизации и соответствующей документации — прямо из сортировочного отделения медсанбата следовала на дальнейший этап эвакуации (транзитная эвакуация) и уже там подвергалась необходимой хирургической обработке.

Все раненые, которые нуждались в срочной хирургической помощи или по своему общему состоянию не могли следовать дальше, оставались в медсанбате и из сортировочного отделения направлялись либо в перевязочную, либо в шоковую палатку.

Разбираемые нами данные характеризуют собой ту часть раненных в грудную клетку, которая, главным образом из-за своего тяжелого состояния, не могла следовать на дальнейший этап эвакуации.

В большинстве случаев общее состояние раненых при поступлении (а значит и их дальнейшая судьба) зависело от того, насколько хорошо и полно им была оказана первая врачебная помощь на полковом медицинском пункте.

Особенно это касается раненых с открытым пневмотораксом.

Раненые с открытым пневмотораксом, которым на полковом медицинском пункте было сделано герметическое закрытие раны путем наклеивания поверх легкой марлевой повязки воздухонепроницаемой материи (прорезиненная ткань от индивидуального пакета), дан морфий и сердечные, придано удобное (приподнятое) положение во время транспортировки, прибывали в медсанбат в относительно удовлетворительном состоянии.

Пример. Раненый Л. И. Г. Ранен 12/VIII 1943 г., в 14.00. Диагноз — слепое осколочное ранение правой половины грудной клетки по передней подмышечной линии на уровне V ребра. Открытый пневмоторакс. На полковой медицинский пункт поступил через 2 часа, — туалет раны, асептическая повязка. Поверх нее наклеена клеенка от индивидуального перевязочного пакета; инъекция морфия 1,5, камфоры 3,0, обогревание, небольшой отдых лежа с приподнятой верхней половиной туловища; тепло укрытый, эвакуирован в медсанбат, куда прибыл через 4 часа после ранения. Общее состояние удовлетворительное, пульс хорошего наполнения, 90 в минуту, дыхание ровное, 22 в минуту. Бледен. Небольшой цианоз видимых слизистых. Направлен в операционную, где сделано ушивание пневмоторакса. На третий день эвакуирован в удовлетворительном состоянии.

Особенно тяжелую картину представляли раненые, поступившие через 16—18 часов после ранения и имевшие открытый пневмоторакс.

По срокам поступления в медсанбат раненые с проникающими ранениями грудной клетки распределяются следующим образом: до 12 часов — 76,6%; 12—24 часа — 18,7%; позднее — 4,7%.

По виду ранящего оружия 70% были осколочные, 30% — пулевые ранения.

Среди поступавших преобладали раненые с множественными осколочными ранениями с близких дистанций, а следовательно

с большой пробивной силой. Поэтому и повреждения грудной клетки часто сочетались с ранением других областей тела.

Почти в половине случаев ранения груди комбинировались с ранением других областей.

Раненые с комбинированным поражением груди и живота прибывали в тяжелом шоке — бледные, со слабым нитевидным пульсом, охлажденные, безразлично относящиеся к окружающей обстановке. Если не было диагносцировано внутреннее кровотечение, большинство из них направлялось в шоковую палату. Здесь при надобности поправлялись повязки и иммобилизация, открытый пневмоторакс временно герметизировался наклейкой на повязку воздухонепроницаемой материи, затем принимались все противошоковые мероприятия.

Раненый находился в шоковой палате до того момента, пока его общее состояние не позволяло приступить к операции. Чаще всего операция по поводу проникающего ранения в живот делалась одновременно с ушиванием пневмоторакса. В отдельных случаях пневмоторакс ушивался немедленно. Затем раненый направлялся в шоковую палату и находился там в течение нескольких часов, пока общее состояние его не позволяло приступить к операции лапаротомии.

Ж 78652

Следующей по тяжести является комбинация проникающего ранения грудной клетки и ранения конечностей с повреждением костей или сосудисто-нервного пучка. Среди этой группы раненых в большом проценте случаев наблюдался тяжелый шок.

Левосторонний открытый пневмоторакс встречался реже, чем правосторонний, так как при прочих равных условиях аналогичные ранения с левой стороны протекают значительно тяжелее, чем с правой.

Двусторонний открытый пневмоторакс наблюдался нами в 2,8% случаев. Все эти раненые поступали в тяжелом состоянии и умерли через несколько часов после операции ушивания открытого пневмоторакса, несмотря на все принятые меры.

У раненых с закрытым пневмотораксом повреждения ребер и лопатки встречались в 28,3% случаев. Эта цифра, конечно, неточная. Истинный процент таких повреждений у этой группы раненых, повидимому, выше, так как хирургическая обработка в данном случае проводится крайне осторожно из-за опасности превратить закрытый пневмоторакс в открытый. Сопутствующие повреждения ребер сильно утяжеляют общее состояние раненых. Особенно тяжело в остром периоде протекают ранения с открытым пневмотораксом и переломом трех и больше ребер. Такие ранения, как правило, дают смертность, близкую к 100% из-за тяжелейшего плевропульмонального шока. Пострадавшие гибнут в первые сутки после ранения.

Оперативные вмешательства по поводу проникающих ранений грудной клетки проводились в обстановке строгой асептики.

При ранении нижних отделов грудной клетки важно определить, проникает ли это ранение в брюшную полость или нет. В некоторых случаях решать этот вопрос на операционном столе,

пользуясь анамнестическими данными и одномоментным исследованием физикальным методом, представлялось невозможным.

Пример. Старший лейтенант Б. А. И. ранен 13/VIII 1943 г. Поступил через 6 часов после ранения. Диагноз: слепое осколочное ранение правой половины грудной клетки без открытого пневмоторакса. Рана 0,5 × 0,3 на уровне V ребра по передней подмышечной линии справа. Жалобы на затрудненное дыхание, одышку, кровохаркание и сильные боли в животе. После ранения была рвота. Общее состояние средней тяжести, пульс 110 в минуту, слабого наполнения; бледность, цианоз. Язык влажный.

На стороне поражения диагносцирован закрытый пневмоторакс. Живот сильно напряжен, болезнен при пальпации. Газы, по словам больного, не отходят. При осмотре решить, проникает ли в живот это ранение, было трудно. В диагнозе было поставлено — «проникающее в живот», «под вопросом». Больной был направлен в госпитальную палату, под наблюдение. После двух суток стало ясно, что ранение непроникающее. Эвакуировать в обычный срок — «третий—пятый день» — этого раненого мы не могли из-за его тяжелого состояния вследствие ползучей бронхопневмонии в неповрежденном легком.

На седьмой—десятый день на стороне поражения диагносцирована эмпиема плевры. 28/VIII — резекция ребра и торакотомия: 30/VIII — вынужденная эвакуация, которую раненый перенес хорошо. Позднее из писем нам стало известно, что больной находится на пути к выздоровлению.

При исследовании грудной клетки в случаях закрытого пневмоторакса важно установить наличие гемоторакса и пневмоторакса.

Эту комбинацию следует особо оттенить в истории болезни, так как такие случаи дают, по данным Куприянова, высокий процент нагноения. В то же время, при соответствующем ведении, этот процент может быть снижен. Наличие большого гемоторакса при исследовании обращало внимание хирурга на имеющееся кровотечение, и если это бывало возможным, хирург во время операции старался найти и перевязать сосуд.

Переходя к обследованию раны, важно установить, «открытый» это или «закрытый» пневмоторакс.

В большинстве случаев затруднения в этом не бывало, и «сосущая рана груди» сама за себя говорила. Но в отдельных случаях, правда — редких, бывало, что казавшийся на вид «закрытым» пневмоторакс следовало трактовать как «открытый» и прибегать к операции — его ушиванию.

Приходилось наблюдать, что входное отверстие, обычно достаточных размеров, не вполне плотно и надежно закрылось сместившимися мышцами и кровяными сгустками, и что закрытие произошло в поверхностных слоях мышц грудной клетки, — рана воздуха не сосет и даже при сильных кашлевых толчках выхождения воздуха из полости плевры не наблюдается. Однако стоит лишь осторожно развести поверхностные слои мышц (что бывает необходимо при хирургической обработке раны), как обнаруживается явный открытый пневмоторакс.

Подготовка раненого к операции заключалась в даче ему сердечных (чаще — камфорного масла 4—5 см³), внутривенном введении 1% морфия 1,5—2 см³, а иногда и переливания крови в небольших дозах — 200—250 см³.

К числу мероприятий по подготовке больного к операции следует отнести и ваго-симпатическую блокаду, проводимую открытым

(Бурденко) или закрытым (Вишневский) способом. Мы проводили эту блокаду по закрытому способу. Можно сказать, что ваго-симпатическая блокада благотворно влияет на раненых, особенно с открытым пневмотораксом. Раненый легче переносит операцию, и наблюдающийся в первые сутки плевро-пульмональный шок при неоднократном применении этой блокады протекает легче и быстрее заканчивается.

Почти в 100% случаев операции проводились под местной инфильтрационной анестезией с дополнительной блокадой ниже и выше расположенных межреберных нервов (в трех случаях сочетания открытого пневмоторакса с множественным ранением других областей применялся дополнительно хлорэтил-раушь. Операции прошли успешно).

Тщательная хирургическая обработка раны должна предшествовать ушиванию пневмоторакса. От этого в большей части зависит, разошьется или нет ушитый пневмоторакс в дальнейшем. Острые сломанные концы ребер резецируются. При этом особое внимание мы обращали на сохранение целости межреберной артерии и нервов, а также надкостницы ребра, которую можно в ряде случаев использовать вместе с мышцами для закрытия дефекта в грудной стенке.

Во время хирургической обработки глубоких слоев грудной стенки иногда приходится вскрыть полость плевры довольно широко и быстро, что особенно опасно, так как может наступить мгновенная рефлекторная остановка дыхания и быстрое падение сердечной деятельности.

Пример. Красноармеец В. А. И. Ранен 6/VIII 1943 г. В медсанбат поступил через час после ранения. Общее состояние — средней тяжести. Бледен. Пульс хорошего наполнения, 90 в минуту. Дыхание учащенное, поверхностное. Справа по передней подмышечной линии, на уровне IV—V ребер, рана размером 4×3 см. Сместившейся большой грудной мышцей открытый пневмоторакс закрылся, но при перемене положения и кашлевых толчках он обнаруживается. В правом подреберье — рана размером 2×3 см, из которой выходит сальник.

Решено было пневмоторакс закрыть, и если общее состояние позволит, произвести лапаротомию. В момент обработки обнаружено раздробление IV, V, VI, VII ребер. Плевральную полость пришлось раскрыть широко и быстро. Неожиданно, среди кажущегося благополучия, ровного дыхания, хорошего пульса наступила мгновенная остановка дыхания, а затем и быстрое падение сердечной деятельности. Больной умер на операционном столе.

После обработки раны грудной стенки, если позволяют ее размеры, следует, предварительно убедившись, что кровотечения из сосудов грудной стенки нет, быстро, но осторожно произвести ревизию плевральной полости и ткани легкого. В полость плевры засыпается порошок стрептоцида (5—10 г).

Многие раненые абсолютно не переносят свободного открытия плевральной полости, начинают задыхаться и просить «дать воздуха». Поэтому операция часто идет с перерывами, во время которых отверстие грудной стенки закрывается марлевыми салфетками. В случае достаточно большого отверстия в грудной стенке и неполного коллапса легкого полезно бывает в самом начале взять

ткань легкого на окончатые жомы, закрыть ею пневмоторакс и уже затем проводить обработку костной раны. При неполном коллапсе легкого и сравнительно большом дефекте стенки полезно произвести пневмопексию, тщательно, герметично и прочно подшивая ткань легкого к краю раны грудной стенки. Во время пневмопексии желательно совместить рану легкого с раной грудной стенки.

Если рана расположена в нижних отделах грудной стенки и имеет достаточную величину, дефект стенки может быть ликвидирован путем подшития диафрагмы к краю раны грудной стенки прочными узловатыми швами. Желательна блокада диафрагмального нерва на шее. Мы делали эту блокаду закрытым методом — по заднему краю грудинно-ключично-сосковой мышцы на границе нижней и средней ее трети, при максимально повернутой в противоположную сторону голове: игла вводится под заднюю поверхность мышцы. Ориентир — 1 см кнаружи от сосудистого пучка на этом уровне. На другой день после операции подшивания диафрагмы раненый жалуется обычно на сильные боли тянущего характера в подреберной области. Применяемая нами вторично блокада диафрагмального нерва эти боли снимала.

Особенно трудна технически операция ушивания открытого пневмоторакса в области лопатки при дырчатых ее переломах и тангенциальных ранениях грудной стенки под лопаткой. В этих случаях необходима хирургическая обработка надлопаточных мышц, растрепанирование лопатки, обработка подлопаточного слоя мышц, а если необходимо, то и сломанных концов ребер. Наложение глубоких плевро-мышечных швов через растрепанированное отверстие лопатки — дело весьма сложное и при всей необходимости могло оказаться не под силу хирургам нашего медсанбата. Поэтому мы стали в случаях подлопаточных ранений грудной стенки применять способ, на первый взгляд более травматичный, но зато дающий более удобный доступ для обработки раны грудной стенки. Ранеными он переносился неплохо, а будучи применен неоднократно (майор медицинской службы С. М. Симонов), давал хорошие результаты.

Раненого укладывают на грудь с опущенной со стола рукой больной стороны; под грудь — мягкий валик или подушка; паравертебральная анестезия, тонкой длинной иглой новокаиновая инфильтрация подлопаточных мышц; кожная анестезия по линии разреза — от верхнего угла лопатки по ее внутреннему краю с загибом ниже нижнего угла лопатки кнаружи (как это делается при торакопластике). Лопатка откидывается кнаружи, удерживается помощником посредством крючков; опущенная рука раненого этому приему помогает. Перед хирургом открыта вся грудная стенка, что особенно важно для обработки костной раны. После обработки стенки и подлопаточных мышц — обычное ушивание раны без швов на кожу. Руку прибинтовывают по общим правилам.

Общепризнанным считается мнение, что для вывода раненого из шока необходима ликвидация открытого пневмоторакса. Однако нам хочется отметить, что не во всех случаях это надо делать оперативным путем сразу же после поступления раненого. Группа

раненых с комбинированными ранениями грудной клетки и ранением конечностей с повреждением костей или сосудисто-нервного пучка поступала в исключительно тяжелом состоянии, причем общая картина травматического шока у них доминировала над симптомами проникающих ранений грудной клетки. Самая же операция ушивания открытого пневмоторакса, как бы ни хороша была анестезия, как бы ни осторожно она проводилась, представляет собой известную травму. Раненый, находящийся в состоянии глубокого шока, зачастую эту травму перенести не может.

Ушивание открытого пневмоторакса следует производить не сразу после поступления подобного раненого, а лишь после герметизации плевральной полости наклеиванием воздухонепроницаемой материи (клеенки). При наложении наклейки надо учитывать возможность ее флотирования, что влечет за собой флотирование средостения, а значит и нарастание плевро-пульмонального шока. Во избежание этого наклейку мы подкрепляем бинтовой повязкой. Затем всеми возможными методами (ваго-симпатическая блокада, кровь, глюкоза, морфий, сердечные) добиваемся некоторого улучшения общего состояния раненого. Лишь после этого можно приступать к оперативному вмешательству.

После оперативного вмешательства раненые с открытым пневмотораксом, как правило, направлялись в послеоперационную палату, независимо от их общего состояния. В отношении же раненых с закрытым пневмотораксом наше поведение было иным: если общее состояние раненых не допускало немедленной их эвакуации после хирургической обработки, мы направляли их в эвакоотделение, где они оставались до состояния транспортабельности.

Еще в операционной некоторым раненым, состояние которых было наиболее тяжелым, производилось переливание крови — преимущественно малыми дозами — 150—230 см³. Переливание крови было произведено в 23,2% случаев всех проникающих ранений грудной клетки. Кровь переливалась чаще раненым с открытым пневмотораксом — в 31,5% случаев. При проникающих ранениях без открытого пневмоторакса — в 15% случаев.

Для раненных в грудную клетку рекомендуются отдельные палатки, чистые, просторные, с большим количеством свежего воздуха. В условиях боевой операции помещали раненых в общую послеоперационную палату, для удобства обслуживания собирая их на одной стороне. Для большинства этих раненых наиболее удобным положением является возвышенное — полусидячее. С этой целью мы применяли специально изготовленные у нас ящики, которые устанавливаются на носилках и обеспечивают нужное положение — больной не сползает. Положение это для больного необременительно: он полулежит, опираясь на боковые стенки ящика, которые находятся у него подмышками. Общее состояние раненого после операции (если он до нее не находился в состоянии глубокого шока) значительно улучшается. Уложенный в чистую, теплую постель в удобном для него положении, под действием морфия он обычно засыпает на несколько часов. Пульс его заметно улучшается, становится полным, частота снижается

до 80—90 в минуту, бледность уменьшается, цианоз также заметно ослабевает. Дыхание средней глубины, ровное, иногда клокочущее. Кровяное давление вскоре после операции поднимается и держится на цифрах, близких к норме (с 75—80 до 115—120 максимум).

При беглом осмотре раненый производит неплохое впечатление, но состояние это крайне неустойчиво: среди кажущегося общего благополучия вдруг неожиданно и грозно может наступить буря. Наблюдение со стороны обслуживающего персонала должно быть достаточно внимательно, чтобы не просмотреть этого ухудшения. Обычно этот период вторичного ухудшения общего состояния наступает через 8—12, иногда 16 часов после оперативного вмешательства. Раненый начинает жаловаться на увеличивающуюся одышку, поведение его становится беспокойным, усиливается бледность, учащается пульс, наполнение его уменьшается, падает кровяное давление. Словом, нарастает картина шока. Причина часто остается невыясненной. И если не будут приняты энергичные меры, ухудшение может привести к смерти.

Врач прежде всего устанавливает, нет ли здесь быстро нарастающего гемоторакса, не образовался ли клапанный напряженный пневмоторакс или медиастинальная эмфизема. Убедившись в отсутствии этих трех грозных осложнений, обычно наступающих в первые-вторые сутки после операции, методы борьбы с которыми указаны выше, следует применить весь арсенал средств борьбы с шоком. По нашим наблюдениям, особое значение в этот период имеет переливание крови (малые дозы — 150—250 см³) и повторная ваго-симпатическая блокада. Из сердечных предпочтителен кофеин (3 см³), 2—3 капли настойки строфанта на физиологическом растворе внутривенно; тепло; кислород.

В целях борьбы с имеющейся почти всегда у таких раненых гипоксемией мы давали кислород, предварительно увлажненный, через носовой катетер. Аппарат для этого мы устраиваем из стандартной банки для переливания крови и имеем их несколько штук. Оптимальным является расходование подушки емкостью в 40 л в течение 15—20 минут, регулярно через 1—2 часа.

Из медикаментозного лечения в остром периоде (первые-вторые сутки) главное место принадлежит морфию. При разумном его применении он приносит огромное облегчение раненому. Дозировка 1% морфия, обычно по 1 см³ три-четыре раза в сутки подкожно, оказывается вполне достаточной (помнить об опасности применения морфия в состоянии «серой аноксемии»!). Но так как морфий подавляет кашлевой рефлекс, ухудшает дренаж бронхов, то рекомендуется комбинация его с атропином: 1% морфия 1 см³, 0,1% атропина 0,5 см³ одновременно за один укол. Из сердечных чаще употребляется камфора, кофеин или настойка строфанта, 2—3 капли в растворе глюкозы или на физиологическом растворе, внутривенно. Действие мощное, но быстро проходящее.

Не меньшее, а быть может и большее значение имеет ваго-симпатическая блокада, применяемая иногда повторно через 6—8

часов, особенно в первые сутки после операции. Мы применяли ее и на первый, и на второй день после операции и наблюдали ее благотворное влияние.

Настойчиво рекомендуем в остром периоде применять переливания крови в малых дозах (150—200 см³). Имеющаяся при этом опасность перегрузки правого сердца преувеличивается. Опыт показывает, что дробное переливание малых доз крови таким раненым, кроме гемостатического действия, способствует скорейшему выходу из шока и, кроме того, может сыграть роль в смысле предупреждения нагноительных процессов в плевре и легких (П. А. Куприянов).

В более тяжелых случаях мы применяли внутривенное введение 33% алкоголя (начиная с 10 см³, постепенно увеличивая дозу до 20—30 см³) ежедневно по одному вливанию. Иногда алкоголь комбинировали с внутривенным введением 30—50 см³ 40% глюкозы: утром — алкоголь, вечером — глюкоза. Влияние алкоголя, кроме общетонизирующего, сводится также к профилактике развития воспалительных и нагноительных процессов. Рекомендуемая профилактическая сульфамидная терапия у нас планово и систематически не применялась.

При назначении диэты таким раненым (если точно установлено, что нет повреждения брюшной полости) мы больших ограничений не делали, стараясь дать удобоваримую и питательную пищу. Единственная опасность при назначении диэты — возможность вздутия кишечника вследствие обильного газообразования, что тяжело переносится такими ранеными (выключение диафрагмы при брюшном преимущественно типе дыхания).

Данных о развитии нагноительных процессов мы не имеем из-за короткого срока пребывания раненых у нас. В отдельных случаях рано развившихся пневмоний мы применяли лечение сульфидином, но хороших результатов не имели.

Клапанный пневмоторакс наблюдался нами в 2,3% случаев.

Распространенная подкожная эмфизема наблюдалась в 3% случаев, причем причиной смерти она не была ни разу.

Малые гемотораксы во многих случаях нами не диагносцировались. Субтотальные и тотальные гемотораксы, диагностика которых не представляла затруднений, наблюдались у нас в 14,2% случаев.

Анаэробная инфекция у таких раненых представляет особый интерес. Имеющаяся общая гипоксемия организма является важнейшим фактором, способствующим развитию анаэробной инфекции. На нашем материале она наблюдалась в 4,7% всех случаев проникающих ранений грудной клетки. Самые раны грудной клетки анаэробной инфекцией не осложнялись. Во всех случаях наблюдавшейся анаэробной инфекции последняя начиналась из сопутствующих ранений других областей тела (чаще на конечностях).

Пример. Р. А. В. Ранен 24/VIII 1943 г. Поступил в медсанбат через двадцать часов после ранения. Общее состояние тяжелое. Диагноз: сквозное пулевое ранение правой половины грудной клетки. Открытый пневмоторакс. Касательное пулевое ранение мягких тканей правого предплечья

(рана — 4 × 1,5 см, открытая, с ровными краями). Перелито 230 см³ крови. 4 см³ камфоры, 1,5 см³ морфия внутривенно. Пневмоторакс ушит. Вагосимпатическая блокада. Туалет окружности раны на предплечье. Стрептоцид. Повязка, иммобилизация.

В госпитальном отделении благополучно перенес острый период, и к концу вторых суток общее состояние уже оценивалось как удовлетворительное. С утра третьих суток (после операции) стал жаловаться на боли в правом предплечье. Взят в перевязочную. Никаких признаков газа нет. Конечность не отечна, рана чистая.

К 15.00 того же дня при обходе врача отмечены явления анаэробной инфекции. Взят в перевязочную. Молниеносная форма газовой инфекции, — за несколько часов газ распространился на всю конечность. Тотчас ампутация правого плеча в верхней трети с дополнительными разрезами (под местной анестезией). Перелито 230 см³ крови. Умер через час после операции.

Главной задачей здесь является профилактика анаэробной инфекции. При поступлении в операционную все сопутствующие, даже мелкие ранения должны быть обработаны тщательно. В послеоперационном периоде необходимо самое внимательное наблюдение за течением этих сопутствующих ранений.

Эвакуация проводилась строго по показаниям. Как только состояние раненого позволяло, его немедленно эвакуировали.

Пострадавших с проникающими ранениями грудной клетки без открытого пневмоторакса в 61% случаев направляли на эвакуацию прямо из операционной. В 36,5% их эвакуировали на вторые и третьи сутки и лишь в 2,5% — позднее.

После операции ушивания открытого пневмоторакса эвакуация — главным образом на четвертые сутки, что видно из следующей таблицы.

Эвакуированы после ушивания открытого пневмоторакса					
на третьи сутки	на четвертые сутки	на пятые сутки	на шестые сутки	позднее	всего
в процентах					
25	50	12,5	8,3	4,2	100

Никаких замечаний от последующих этапов на неправильности и погрешности в эвакуации мы не имели.

С. М. СИМОНОВ
Майор медицинской службы

ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ

(По материалам медсанбата)

ЕДВА ли где-нибудь переливание крови имеет большее значение, чем в войсковом районе, в частности в медсанбате. Шок, острая кровопотеря и другие моменты, угрожающие жизни раненого, едва ли могут возникнуть где-нибудь так часто и так остро, как в медсанбате. Одним из лучших средств спасения жизни является переливание крови и кровезамещающих растворов. Однако до сих пор еще встречаются мнения, правда — отдельные, о трудностях в использовании крови, о «невозможности в полевых условиях организовать, например, капельное переливание крови».

В области переливания крови мы к боевой операции подготовились. Снабжение кровью, растворами и разной аппаратурой, в том числе и для капельного переливания, было организовано безукоризненно. Операционная, перевязочная, госпитальное отделение и шоковая палатка — все подразделения имели в достаточном количестве аппаратуру (для капельного переливания — не меньше трех систем каждое); мы располагали еще и достаточным резервом и снабдили все полки дивизии.

Несколько хуже обстояло дело в отношении кадров — людей, владеющих методикой переливания крови. Пришлось принять сроч-

ные меры, и к началу боевой операции весь врачебный, фельдшерский, сестринский состав и даже некоторые санитарные инструктора были у нас вполне подготовленными для самостоятельного переливания крови в различных условиях.

Контроль за кровью и растворами был сосредоточен у одного из врачей-хирургов. В его обязанность входило: наблюдение за наличием запасов, хранение, забота о запасах при переездах, обеспечение подразделений, бракераж, контроль за документацией переливаний и отчетность. Это мероприятие, в общем, оказалось полезным для дела. Если говорить о «мелочах», то очень важно, что мы обеспечили себя достаточным количеством острых игл. Эта «мелочь», несомненно, играет большую роль в технике прокола вены и уменьшения венесекций.

Все это дало нам возможность сразу же с начала боевой операции использовать в полной мере переливание крови.

Количество проведенных у нас переливаний крови составляет 39% по отношению к нуждавшимся в немедленной хирургической помощи и 27% по отношению ко всем оперированным. На каждого раненого из получивших переливание крови приходится в среднем по 1,7 переливания (колебания в пределах от 1,5 в наиболее легких случаях до 2,3 при газовой инфекции и до 3,0 при повреждении сосудов и кровопотере). При других ранениях и случаях среднее количество переливаний: при шоке — 1,64, при ранениях живота — 1,63, при ранениях грудной клетки — 1,88.

Среди показаний к переливанию крови первое место принадлежит шоку, кровопотере и газовой инфекции, затем по тяжести ранений — грудь, живот, конечности.

Представляет интерес следующий случай, где, несомненно, переливание крови, настойчиво примененное, дало спасительный эффект.

Старший сержант М., 25 лет, поступил через шесть часов после ранения с плохо наложенным жгутом и плохой иммобилизацией. Кровопотеря; общее состояние крайне тяжелое: пульс не прощупывается, сознание затемнено, охлажден.

Диагноз: шок III степени; кровопотеря; множественное ранение осколками артснаряда с размозжением мягких тканей и костей правой стопы, голени и коленного сустава, с повреждением сосудов голени; обширный дефект кожи. Раны сильно загрязнены землей и осколками дерева.

В операционной перелито крови 460 см³, кровезамещающего раствора № 3 — 500 см³. Под местной анестезией произведена перевязка бедренной артерии в гунтеровом канале. Раны обработаны. Повязка. Иммобилизация.

Помещен в шоковую палатку. Состояние продолжает быть тяжелым. Через шесть часов перелито крови 460 см³ и раствора № 28 — 500 см³. Состояние несколько улучшилось.

К концу суток состояние вновь крайне тяжелое, пульс едва ощутим, температура 39°. Явления анаэробной инфекции.

Кровяное давление (максимальное) — 65. В операционной произведено переливание крови 460 см³ и раствора № 28 — 500 см³, капельным способом во время операции. Под хлорэтил-эфирным наркозом — ампутация бедра в средней трети. После операции состояние крайне тяжелое, «агональное». Перелито 230 см³ крови. К исходу суток после операции — состояние возбуждения. Перелито 460 см³ крови. Через несколько часов (пять-шесть) созна-

ние проясняется, пульс улучшается. Перелито крови 460 см³ и раствора № 28 — 500 см³ — медленно. К исходу третьих суток после ранения общее состояние улучшилось, больной в сознании, пульс удовлетворительного наполнения. На четвертые сутки, после осмотра ран, эвакуирован.

Переливание крови мы широко использовали при подготовке раненых к тяжелым оперативным вмешательствам, во время самого оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде.

Обычно мы переливали в первый раз от 500 до 1000 см³ крови, имея в виду наличие кровопотери, требующей заполнения кровяного русла, а затем уже переходили к более дробным дозам от 200 до 500 см³. Чаще (особенно при шоке) во время операций и в послеоперационном периоде мы переходили к капельному способу переливания — длительно, в количестве до 1000—2000 см³ крови.

Что касается капельного переливания, то мы прошли «этап» подставок, проволочных корзинок для подвешивания и сейчас остановились на более простом приспособлении. Мы пользуемся марлевым платком, завязываемым узелком. В этот платок помещается сосуд с кровью и подвешивается на марлевом бинте или к потолку землянки, или к намету палатки, или к протянутой через палатку у потолка проволоке. Укорочением или удлинением бинта регулируется высота подъема сосуда с кровью.

Остается фиксация иглы в вене. Это лучше и проще удается при пользовании для переливания венами голени в нижней ее трети. Ногу легче фиксировать к носилкам, а иглу к ноге. Вот и вся «сложность» капельного переливания крови в полевых условиях. Особые люди для этого не нужны, необходимо только общее наблюдение сестры. Зато эффект при капельном переливании общеизвестен и оценивается высоко. На нашем материале в шоковой палате во время тяжелых длительных оперативных вмешательств и в послеоперационном периоде капельное переливание оказало неоценимую услугу и спасло многие жизни.

Из всех раненых, получивших переливание крови, 61% получили по одному переливанию, 19,5% — по два, 12% — по три, 3% — по четыре, 2% — по пять и 1% — по шести и семи переливаний. Из всех переливаний крови врачами проведено 26% и средним медицинским персоналом — 74%.

Нам удалось начать внедрение переливания крови в полках, на полковых медицинских пунктах. За время боевой операции в ряде случаев шокового состояния и кровопотери там были проведены переливания крови и кровезамещающего раствора. На этих случаях мы имели возможность лично убедиться в прекрасных результатах раннего переливания крови по данным показаниям.

Уже около полутора лет мы, как правило, переливаем кровь без подогревания и ничего плохого от этого не видели.

Переливаемая кровь и растворы у нас подвергаются строгому контролю. Этому вопросу мы всегда придаем серьезное значение и каких-либо упущений, случайностей и осложнений из-за этого отметить не можем.

«Переливание крови» у нас понимается как термин, в комплекс которого входит кровь и растворы Ленинградского института переливания крови № 3 и 28. Мы весьма редко переливаем кровь одну, чистую. Обычно это бывает при ранениях грудной клетки и повреждениях черепа, а во всех остальных случаях мы переливаем кровь с растворами, предоставляя право выбора и дозировки лечащему врачу, которым осознано значение кровезамещающих растворов. В результате расход крови у нас выразился в 31,6% по отношению ко всем перелитым жидкостям, а кровезамещающих растворов — в 68,4%. Расход крови для шоковых больных, например, у нас равен 41,4%, а растворов — 58,6% (против 31,6 и 68,4% общих средних).

Излюбленным аппаратом для переливания крови у нас является перевернутая стандартная банка. При необходимости увеличить давление присоединяется баллон Ричардсона. Нередко пользуемся сифоном, т. е. универсальным аппаратом Ленинградского института переливания крови с капельницей Белякова, что нам дает возможность при надобности тотчас перейти на капельное переливание.

Воронки, шприца для переливания никогда не употребляем.

Кровь переливаем в вены локтевого сгиба и почти всегда венепункцией. При невозможности венепункции обнажаем вену и прокалываем ее без последующей перевязки и перерезки.

В этой боевой операции мы начали применять переливание крови в вены голени, что особенно удобно при шоке для капельного переливания. В тех случаях, когда приходится прибегать к венесекции, потеря вены голени не так существенна, как потеря вен в локтевом сгибе.

При широко применяемом у нас переливании крови и строгом отношении к подготовке аппаратуры, а также контролю за качеством крови и растворов, серьезных осложнений мы не наблюдали. Весьма редко имели место непродолжительные ознобы, не требовавшие специальной помощи.

Выводы

1. Переливание крови и кровезамещающих растворов является могучим средством спасения жизни и оказания неотложной помощи раненым в войсковом районе.

2. Дело переливания крови в медсанбате должно быть поставлено на большую высоту в отношении подготовки, организации и обеспечения аппаратурой и кадрами. Весь врачебный и средний медицинский состав должен владеть методикой переливания и иметь соответствующие навыки.

3. Переливание крови в медсанбате должно быть внедрено во всех его подразделениях. Организация капельного переливания обязательна.

4. В тяжелых случаях у беспокойных шоковых больных капельные переливания мы рекомендуем производить в вены нижней трети голени.

5. Медсанбат должен стать организатором переливания крови на полковых медицинских пунктах. При шоке и кровопотере производить его нужно возможно раньше.

А. М. МАРКОВ
Майор медицинской службы, доктор медицинских наук

БОРЬБА С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ВОЙСКОВОМ РАЙОНЕ

ЗАБОЛЕВАНИЯ желудочно-кишечного тракта в войсковом районе — это по преимуществу различного характера гастриты, гастроптозы, язвенные поражения, холецистопатии, хронические колиты.

Изучение этого вопроса показывает, что известная часть таких больных может с успехом проходить лечение амбулаторно. Помимо того, борьба с желудочно-кишечными заболеваниями не может ограничиваться лишь госпитализацией больных в период обострения. Эффективность лечения в госпиталях невелика, если она не подкрепляется лечебно-профилактическими мероприятиями, проводимыми в частях.

Эти мероприятия должны быть построены на принципе взаимосвязи и последовательности в их проведении. Основное звено — лечебно-профилактическая работа передовых медицинских пунктов. При необходимости временной госпитализации того или иного больного требуется соблюдение принципа этапности лечения и взаимной информации между лечебными учреждениями (полковые медицинские пункты, терапевтические полевые госпитали, медсанбаты) о характере заболевания и плане лечебно-профилактических мероприятий.

Опыт организации борьбы с желудочно-кишечными заболеваниями в войсковом районе показывает, что необходимо проводить в частях и соединениях следующие лечебно-профилактические мероприятия.

Изучение здоровья личного состава. Оно требует проведения систематических освидетельствований бойцов и офицеров со взятием на учет болеющих и переболевших. При таком методе выявляются хронические заболевания, которые более детально изучаются при повторных освидетельствованиях или консультациях в соответствующих лечебных учреждениях. Одновременно в каждом отдельном случае устанавливается требуемый профилактический режим.

Организация режима для болеющих. Наибольшее значение здесь имеет режим питания. В войсковых условиях, тем более в обста-

новке наступательных боевых действий и стремительного продвижения вперед, этот вопрос представляет известные трудности, которые, тем не менее, не являются непреодолимыми. Чаще наблюдаются своего рода косность и непонимание задачи.

Обычно медицинские работники указывают на отсутствие специальных «диэтных» норм. Однако вопрос организации питания для желудочно-кишечных больных в войсковых условиях прежде всего следует рассматривать не как установление диэтетического режима, скажем — для язвенного больного. Требуется лишь рациональное приготовление пищи для определенного контингента людей с заменой в отдельные дни одного вида продуктов другими, что предусматривается и существующими приказами Наркомата обороны. Например вместо борща из квашеной капусты можно приготовить картофельно-крупяной суп и т. д. Мы не приводим здесь примерных меню, так как соответствующие указания разработаны Главным военно-санитарным управлением Красной Армии.

В организации рационального питания желудочно-кишечных больных следует предусматривать большее насыщение пищи витаминами. Кроме того, в ряде случаев нужно помнить об отрицательном влиянии алкоголя: отдельным хроникам водка должна быть запрещена по медицинским показаниям.

Предупредительное амбулаторное лечение. В отношении значительной части желудочно-кишечных хроников можно и должно проводить амбулаторное лечение. Госпитализация применяется или в результате неэффективности амбулаторного лечения и имеет задачей более точное изучение природы заболевания, или же для лечения обострений.

Опыт свидетельствует, что применяемые обычно в амбулаторных условиях щелочи совершенно неэффективны. В лучшем случае — это симптоматическая терапия, сказывающаяся на временном ощелачивании желудочного содержимого. Но и в таком случае выделяющаяся углекислота в последующем стимулирует секрецию желудочного сока. В подавляющем же большинстве случаев и симптоматическое лечение щелочами не дает облегчения. Поэтому оно должно быть оставлено, как массово-шаблонный лечебный метод.

В то же время необходимо рекомендовать врачам частей простейшие методы лечения, применимые в полевых условиях и достаточно эффективные. Проверив в отдельных лечебных учреждениях войскового района ряд методов, мы обращаем внимание на возможность более широкого применения следующих из них.

а) Промывания желудка. Они показаны при гипер- и анацидных формах хронического гастрита, атониях желудка, особенно при наличии значительной примеси слизи в желудочном содержимом и рвотных массах. При гиперацидных гастритах в качестве промывной жидкости уместно пользоваться слабыми растворами азотнокислого серебра (1 : 3000—5000). Они, помимо механического промывного действия, действуют вяжуще, ведут к уменьшению секреции кислоты и способствуют эпителизации в случаях эрозивных гастритов. При анацидных и нормацидных гастритах,

особенно с большой примесью слизи, можно применять однопроцентный раствор соды или буры. Промывания делаются ежедневно обычным толстым зондом и отнимают мало времени.

б) Внутрикожная новокаиновая блокада. В этиопатогенезе гастро-энтеральных заболеваний роль нервной системы признана всеми. Она, в частности, выражается в своеобразном течении этих заболеваний в войсковых условиях. Болевой синдром, двигательные расстройства стоят в тесной связи с напряжением нервной системы. Поэтому мы пытались воздействовать реперкуссионно на сегментарные нервные пути при болевом желудочном синдроме и с определенным в ряде случаев успехом. Мы применяли паравертебральные инъекции $^1/_4$% раствора новокаина, делаемые линейно, длиной в 8—10 см, на уровне от VIII грудного до II поясничного позвонка с обеих сторон. Такая местная блокада показана у больных с превалирующими вегетативными реакциями при выраженном болевом желудочном синдроме с иррадиацией болей в спину. Блокаду можно повторять через 1—2 дня.

в) Лекарственное лечение. Полностью отказаться от лекарственного лечения нельзя. Следует только иметь в виду, что одно симптоматическое лечение неэффективно. К тому же в амбулаторных условиях врач не всегда может проконтролировать своевременность и надлежащую дозировку приема назначенных лекарств. Раздавать же медикаменты непосредственно в часы приема в боевой обстановке не всегда удается. Поэтому мы рекомендуем врачам частей не увлекаться медикаментозным симптоматическим лечением, а чаще применять активные методы в виде промываний или новокаиновой блокады. В то же время обращаем внимание на необходимость увеличения содержания витаминов в пище у этой группы больных, которым они назначаются сверх обычно применяемой нормы в пищевом рационе части.

г) Уточнение диагностики. Уточнение диагностики хронических желудочно-кишечных заболеваний является предпосылкой для успешности профилактики и лечения их. Это уточнение, конечно, далеко не во всех случаях может быть достигнуто обследованиями на передовых медицинских пунктах. В то же время направление таких больных в эвакогоспитали армии или фронта нецелесообразно, так как на длительный период отрывает военнослужащего от части. Поэтому важной задачей является организация квалифицированного лечебно-диагностического обследования больных в терапевтических полевых госпиталях, которые целесообразно оборудовать наиболее доступными в полевых условиях диагностическими средствами. Помимо исследований толстым зондом по Боас-Эвальду, в терапевтических полевых госпиталях можно проводить фракционные исследования желудочного содержимого тонким зондом, дуоденальные зондирования, элементарные биохимические исследования, копрологическое исследование и рентгеноскопию желудка. Соответственно должен быть специализирован и врачебный персонал. Это позволит в кратчайший срок проводить достаточно полное диагностическое обследование и намечать соответствующие лечебно-профилактические мероприятия.

Консультативное наблюдение имеет смысл лишь при условии информации об его результатах врача части. Контакт достигается также разборами отдельных случаев на госпитальных конференциях.

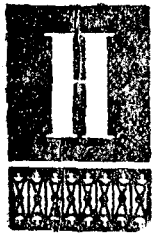
Такое обследование позволяет своевременно выявить наиболее тяжелые заболевания желудочно-кишечного тракта, в частности — язвенную болезнь, которая в условиях войскового района протекает злокачественно и чаще ведет к перфорациям и кровотечениям. Такие больные эвакуируются в армейскую госпитальную базу.

Кроме диагностических обследований, в терапевтических полевых подвижных госпиталях проводится лечение обострившихся форм желудочно-кишечных заболеваний. Помимо общепринятых методов лечения, нам хотелось бы кратко коснуться некоторых специальных. В лечении болевого синдрома в полевых условиях мы часто не видели положительного результата от диэтотерапии в сочетании с лечением препаратами белладонны, опиатов и пр. В то же время положительный результат у этих больных отмечается при тех или других разновидностях новокаиновой блокады (ионтофорез новокаина, внутрикожная паравертебральная блокада, околопочечная блокада). Видимо, это стоит в связи с тем повышением тонуса вегетативной нервной системы, которое наблюдается в войсковых условиях. Хорошо сказывается лечение энтероколитов недизентерийного происхождения соком клюквы (Зубчук). При затяжных процессах, по предложению Лурия, с успехом были применены препараты сульфамидной группы.

Мероприятия по вышеизложенным принципам, проводимые в течение трех месяцев, оказались эффективными и привели к снижению процента госпитализируемых желудочно-кишечных больных и количества проводимых ими койко-дней. Санитарные потери по этой группе заболеваний уменьшились вдвое, что дает нам основание рекомендовать описанную организацию борьбы с инфекционными желудочно-кишечными заболеваниями в войсковом районе.

Н. М. ВИКУЛЕНКО
майор медицинской службы

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ N-ского СТРЕЛКОВОГО ПОЛКА В НАСТУПЛЕНИИ



ДАША часть заняла оборону на данном участке фронта в октябре 1942 г. и находилась здесь до январского наступления в течение трех месяцев. Довольно длительное пребывание на одном и том же месте позволило провести подготовительную работу к наступательным боям в смысле расположения и оборудования помещений, обучения и тренировки личного состава санитарных работников, подготовки транспорта и материальной части.

В январскую операцию наш полк был как бы трамплином, на переднем крае которого накапливались для прыжка, для атаки другие воинские части, в соответствующий момент бросившиеся вперед. Вместе с ними пошли и некоторые наши подразделения. Основная же масса нашей части пропустила через себя, через свой строй другие войска и затем собственными силами закрепляла достигнутые успехи.

Подобная обстановка, вместе с прошедшей в то время полосой сильных морозов, нашла свое отражение в работе всех звеньев медицинской помощи в смысле быстрейшего выноса раненых с поля боя и незамедлительной их транспортировки в целях предупреждения отморожений. Ротные и батальонные медицинские пункты эта обстановка заставила быть гибкими, подвижными, дабы успеть обслужить и свои, и другие воинские части.

Батальонные медицинские пункты располагались в непосредственной близости от ротных участков — на расстоянии от 300—400 м до 1 км, в блиндажах и землянках, а при продвижении вперед быстро осваивали новые освобождающиеся блиндажи. Надобности в развертывании палаток не было. За время с 12 по 19 января медицинские пункты первого батальона меняли место своего расположения дважды, а второго батальона — один раз, следуя вперед за продвигавшимися ротами.

В предбоевой период из состава полкового медицинского пункта был выдвинут передовой врачебный пункт в составе врача, двух фельдшеров (один — специально по пищеблоку), санитарного инструктора, двух санитаров и поста санитарного транспорта. Расположившись в километре от батальонных медицинских пунктов — на командном пункте части, он вел амбулаторный прием больных, оказывал экстренную медицинскую помощь, осуществлял надзор за пищеблоками. Во время боевых действий передовой врачебный пункт оказывал квалифицированную медицинскую помощь транспортируемым раненым, контролировал шоковых больных, регулировал транспорт и направлял на полковой медицинский пункт раненых с выписанными карточками передового района для дальнейшей эвакуации в медсанбат.

Передовой врачебный пункт помещался в трех блиндажах, имея перевязочную на один стол, блиндаж для раненых и блиндаж личного состава. Он же служил базой полкового медицинского пункта на случай передислоцирования последнего. Для этого намечены были дополнительные блиндажи.

Батальонные медицинские пункты в большинстве своем имели по блиндажу, но располагали во время наплыва раненых помещениями и в соседних блиндажах, в которых и размещали пострадавших до эвакуации.

Полковой медицинский пункт имел большое помещение, которое помогло ему справиться с потоком раненых во время наибольшего их поступления — с 14 по 17 января. Он был расположен на стыке трех дорог, ведущих с передовой, в 4 км от переднего края, в блиндажах, имея сортировочную, перевязочную, эвакуационное отделение в трех больших блиндажах общей емкостью до

70—80 человек, изолятор, служивший во время боевых операций шоковой палатой, аптеку со складом и блиндажи для личного состава.

В сортировочной было отделено помещение, в котором при загрузке перевязочной производилась обработка легко раненых.

Укомплектованность личным составом санитарной службы полка была далеко неполной и именно в отношении санитаров. Врачебный, фельдшерский и санитарно-инструкторский состав был налицо, санитаров же вместо полагавшихся 56 имелось 17, из них в батальонах — по 4 и в санитарной роте — 5. Ротных санитаров не было, на их место выделялись бойцы. Однако в бою этот порядок себя не оправдал, так как выделенные бойцы не использовались в качестве санитаров.

С имевшимся до боев составом санитарных инструкторов и санитаров, а также с выделенными в качестве санитаров бойцами проводились занятия — теоретически и практически — по оказанию медицинской помощи раненым, наложению повязок, жгутов, шин, выносу раненых с поля боя. Подготовка осуществлялась через фельдшеров батальонов и на специальных однодневных сборах на передовом врачебном пункте, где занятия и проверку практических навыков проводил врач.

В декабре по программе, преподанной Начальником санитарной службы дивизии, были организованы сборы фельдшеров полка при санитарной роте, где с ними проводились теоретические и практические занятия по оказанию первичной помощи раненым, а также была проработана тема «Шок и практические мероприятия на батальонном медицинском пункте к его предупреждению и ликвидации».

Оснащенность перевязочным материалом, медикаментами, шинами, носилками, химическими грелками, волокушами, лодочками у батальонных и полковых медицинских пунктов была полная. Перебоев в работе с этой стороны не было. В подготовительный период все батальонные пункты были снабжены двумя комплектами Б-1, по два на каждый. Сумки санитарных инструкторов и санитаров всегда держались заряженными. На каждый батальонный пункт было выдано достаточное количество шин Крамера и фанерных, химических грелок, камфоры и морфия. В роты были переданы волокуши и изготовленные своими силами лыжно-носилочные установки. На батальонных пунктах были фанерные волокуши-лодочки.

Перевязочная полкового медицинского пункта имела необходимый инструментарий, соответствующий набор медикаментов, два бикса перевязочного материала, простерилизованного в медсанбате, два комплекта Б-2, пополнявшиеся во время боев. Работали на перевязочных складных столах типа Емельянова с модификацией врача нашей части Сорокина. Этими столами, изготовленными еще в 1941 г., мы пользуемся до сих пор.

Работа на полковом пункте проводилась бригадным способом. Были скомплектованы две бригады, состоявшие из врача, фельдшера, санитарного инструктора и санитара с привлечением легк

раненых и выздоравливающих больных, а также прачек из полковой прачечной. Уход за ожидавшими эвакуации ранеными и питание их осуществлялись под наблюдением опытного санитарного инструктора. Уход за шоковыми больными проводился фельдшером под контролем врача. Подобная расстановка сил давала возможность своевременно и организованно оказывать раненым медицинскую помощь, кормить и обслуживать их.

Ходячие и легко раненые обрабатывались в перевязочно-сортировочной, но не во всех случаях. Если диагноз ранения явный и повязка не спала, не требует замены, то ее и не меняли, а сразу же выписывали карточку передового района. Раненых же средней и большой тяжести из сортировочной направляли в перевязочную. Всего наложено было 653 повязки — 412 раненым (90%); шин — 92, снято жгутов — 9. Произведено было остановок кровотечений путем перевязок сосудов в ране и наложения жгутов 5, сделано инъекций морфия 165, применены сердечные средства в 89 случаях.

После оформления документов раненые направлялись в медико-санитарный батальон или же в эвакуационное отделение. Всем раненым (исключая тех, кому это было противопоказано) на полковом пункте предоставлялось горячее питание или же давались бутерброды с колбасой, маслом. Раненых поили горячим сладким чаем и водкой, и после того как они отогревались, их эвакуировали в медсанбат на санитарной машине, которая постоянно дежурила на полковом пункте. При загрузке ее ранеными дополнительно запрашивали автомашину или же конно-санитарный транспорт. Перегрузок, переполнения ранеными не было вследствие наличия большого количества мест в эвакуационном отделении. Эвакуация в медсанбат проводилась своевременно.

Вынос раненых с поля боя проводился преимущественно санитарами и санитарными инструкторами при помощи санитарных и пулеметных волокуш, а также плащпалаток. Лодочки и лыжно-носилочные установки на поле боя себя не оправдали, так как наличие воронок, ям, траншей не позволяло вывозить на них, в то время как плоско- и широкодонные волокуши преодолевали эти препятствия.

Учет выноса с поля боя в момент ранения по квитанционным книжкам нами не проводился за отсутствием такой возможности. Мы учитывали по списку с последующим оформлением квитанциями.

Установленный порядок выноса раненых с поля боя — в смысле организации гнезд раненых с последующим выносом оттуда — полностью не соблюдался из-за интенсивного ружейно-пулеметного, минометного и артиллерийского обстрела, особенно в дневное время. Выносили раненых в ночное время или же днем прямо с места боя в траншеи, откуда направляли их на батальонные медицинские пункты. Здесь фельдшеры оказывали раненым необходимую помощь. После этого конно-санитарным транспортом они доставлялись на полевой медицинский пункт. В случаях же весьма тяжелых ранений и если состояние требовало немедленной врачеб-

ной помощи, раненых задерживали на передовом врачебном пункте, где им оказывали квалифицированную врачебную помощь.

Для приближения транспорта к местам выноса раненых и к батальонным медицинским пунктам, а также во избежание излишних перегрузок с саней на сани, конно-санитарный транспорт по ночам выдвигался почти к самому немецкому забору. Все звенья санитарного транспорта — от волокуши на переднем крае до автомашины медсанбата — были снабжены одеялами, спальными мешками, утеплителями, химическими грелками, благодаря чему ни одного случая обморожения в части не было.

В заключение укажем на следующее. По нашему мнению, полковому медицинскому пункту необходимо усилить пикетаж санитарных подразделений и инструктировать обслуживающий персонал санитарного транспорта относительно мест и путей эвакуации.

Нам кажется также необходимым пополнить штат санитарных инструкторов, в которых ощущается большой недостаток, хотя бы путем организации соответствующих курсов при госпиталях или медсанбатах.

С. Т. ШУБИН
капитан медицинской службы,
старший врач полка

САНИТАРНАЯ СЛУЖБА N-ского СТРЕЛКОВОГО ПОЛКА В НАСТУПАТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ

В то время когда наш полк находился в состоянии активной обороны, медицинское его обеспечение сводилось к изучению санитарно-эпидемиологической обстановки в районе расположения полка; проведению профилактических мероприятий среди личного состава, предупреждающих заразные заболевания; контролю за санитарным состоянием личного состава полка, условиями быта, водоснабжением и питанием; насаждению среди личного состава полка необходимых знаний в области санитарного дела; соответствующему обучению и тренировке медико-санитарных работников.

В 1943 г. полк провел две боевые операции.

Первая была проведена в феврале. Задачей полка было взломать оборону противника и занять его опорные узлы сопротивления в лесисто-болотистой местности, в районе треугольника железных дорог и ближайшего совхоза.

В ночь на 3 февраля 1943 г. полк выступил на исходные позиции. Вместе с ним следовал и полковой медицинский пункт, который развернулся на южной окраине рощи в 2 км от переднего края. Батальонные медицинские пункты расположились в районе пожарной вышки.

Основным средством транспортировки раненых с поля боя до батальонных медицинских пунктов по траншеям и наиболее удобным путям подхода были лодки-волокуши. Применялся и способ оттаскивания с переднего края на плащпалатках.

Пост санитарного транспорта находился в 400 м северо-восточнее пожарной вышки. Днем сюда подвозили раненых с батальонных медицинских пунктов в основном на волокушах, так как открытая местность не давала возможности действовать конному транспорту санитарной роты. Ночью лошади доходили до батальонных пунктов и отсюда раненых доставляли непосредственно на полковой медицинский пункт по зимней дороге, проложенной от переднего края. Эвакуация раненых с полкового медицинского пункта проводилась санитарными машинами медсанбата.

Большая часть легко раненых не проходила через наш полковой медицинский пункт вследствие того, что его расположение часто обстреливалось артиллерией противника.

Полковой медицинский пункт в основном справился с задачей оказания медицинской помощи раненым и их эвакуации. Однако место и порядок его размещения оказались не вполне удачными.

Палатка для работы не была вкопана в землю, а место ее расположения находилось под частым артиллерийским обстрелом противника. Это в конце концов привело к прямому попаданию вражеского снаряда в палатку и из строя были выведены оба младших врача полка и дежурная смена. После этого полковой пункт передислоцировался на расстояние 1,5 км от старого места в рощу, где и проводил работу до окончания боев (с 9 по 22 февраля).

Вторая боевая операция была осуществлена полком в августе 1943 г. К 1 августа подразделения заняли исходные позиции в районе дороги N. Полковой медицинский пункт расположился восточнее этой дороги в 200 м. Батальонные медицинские пункты развернулись южнее полкового: первый — на 1200 м, второй — на 500 м, третий — на 900 м. Пост санитарного транспорта разместился по дороге N, в 1700 м от полкового пункта.

К началу боевых операций (4 августа) мной был составлен план распределения сил санитарной службы, по которому и велась работа в дальнейшем. Все имущество, не нужное для операции, а также кухня были оставлены на старом месте.

Транспортировка раненых с ротных участков до батальонных медицинских пунктов проводилась по траншеям и удобным путям подхода (рвы, лощины) исключительно на плащпалатках. С батальонных медицинских пунктов до поста санитарного транспорта раненых переправляли по дороге на носилках и плащпалатках с продетыми сквозь них кольями и связанными концами. С поста санитарного транспорта до полкового медицинского пункта эвакуация осуществлялась по дороге Новая исключительно конным транспортом. Легко раненые следовали до поста санитарного транспорта, а иногда и до полкового медицинского пункта пешком. С полкового медицинского пункта до медсанбата раненых перевозили санитарные машины.

Для работы по приему раненых, согласно плану распределения сил, были организованы две перевязочные бригады, в состав каждой из которых входили врач, фельдшер, санитарный инструктор и четыре санитара. Для усиления перевязочных бригад и взвода санитаров-носильщиков дивизионный врач, по моей заявке, выделил двух фельдшеров, двух санитарных инструкторов и пять санитаров, а также девять пароконных повозок, что позволило четко и без задержек транспортировать раненых от поста санитарного транспорта на полковой медицинский пункт.

Для усиления батальонных медицинских пунктов и ротных участков я выделил по одному санитарному инструктору и по четыре санитара на батальон в распоряжение фельдшера. Всю работу по приему раненых полковой медицинский пункт проводил в котловане, накрытом палаткой. Для защиты раненых и транспортных средств были сделаны укрытия, щели и траншеи.

За время активных боевых действий полка (с 4 по 8 августа) потери среди санитаров и санитарных инструкторов составили: 15 раненых, 8 убитых и 2 пропавших без вести. Пополнение потерь проводилось мной по заявкам батальонных фельдшеров. Я в свою очередь использовал имевшийся у меня резерв, затребованный у дивизионного врача, и бойцов, приданных мне командиром полка из тыловых специальных подразделений в количестве 10 человек.

Во время наступления полка санитары рот накладывали раненым повязки и простейшие шины, останавливали кровотечение, выносили и вывозили пострадавших с поля боя до батальонных медицинских пунктов, а в период большого наплыва — в гнезда раненых. Санитарные инструкторы рот были действительными командирами отделений, выполняя организующую роль в оказании медицинской помощи и выносе раненых с поля боя. Они регулярно информировали батальонного фельдшера о наличии раненых в ротах и запрашивали в нужных случаях помощь.

Батальонные фельдшеры заранее определяли место расположения своих медицинских пунктов, намечали пути выноса раненых с переднего края, распределяли приданных им в усиление санитаров и санитарных инструкторов по ротам.

Во время боевых операций на батальонном медицинском пункте находился командир санитарного взвода батальона и санитарный инструктор. Санитары батальонного медицинского пункта транспортировали раненых из ротных укрытий на свой пункт. Фельдшер батальонного пункта принимал раненых, осматривал повязки, исправляя их в необходимых случаях, накладывал шины Крамера (редко Дитерихса), обеспечивал эвакуацию на пост санитарного транспорта.

Фельдшер давал мне сведения о санитарных потерях и требования на выбывших санитаров и санитарных инструкторов, а также на расходуемое медицинское имущество, которое направлялось попутным транспортом до поста санитарного транспорта, а оттуда санитарами-носильщиками; информировал о положении дел в батальоне меня и старшего врача полка.

На посту санитарного транспорта находился командир взвода санитаров-носильщиков, транспортировавших раненых из рот до батальонного медицинского пункта и далее — до поста санитарного транспорта. На посту санитарного транспорта также производился осмотр повязок, наложение шин Крамера. Раненых погружали на повозки ездовые и санитары-носильщики.

Выводы

1. Опыт зимних боевых операций показал, что применение лодочек-волокуш для выноса раненых вполне себя оправдывает.

2. Во время летних боевых операций в лесисто-болотистой местности раненых в большинстве случаев выносили на плащпалатках. Этот способ, хотя и тяжел, но тоже оправдал себя.

3. Для обеспечения быстрейшей эвакуации раненых пост санитарного транспорта следует выдвигать на минимальное расстояние от батальонных медицинских пунктов.

4. Существующего в медико-санитарных ротах транспорта недостаточно для эвакуации раненых во время активных боевых действий. Необходимо дополнение в количестве 6—8 повозок.

5. Организация питания раненых на полковом медицинском пункте вполне возможна и необходима.

6. Для успешного выполнения во время боевой операции поставленной перед полковой санитарной службой задачи необходим тщательно продуманный подробный план медицинского обеспечения части.

7. Выделение перед операцией санитаров-носильщиков и санитарных инструкторов в батальоны для усиления необязательно, так как полный штат санитарных работников в батальоне в состоянии справиться с задачей оказания помощи раненым и выноса их. Санитаров-носильщиков следует выделять в батальон лишь по требованию батальонного фельдшера.

8. Нужно обратить серьезное внимание на подготовку санитаров-дублеров и всегда иметь их в ротах, а во время боевых операций — на батальонном медицинском пункте, как резерв. Это обычно не практикуется.

9. В межбоевые периоды надо заботиться о санитарной подготовке бойцов, включая в расписание их занятий беседы по санитарному делу. Это тоже обычно не делается.

10. Все медицинские учреждения полка в условиях боя должны вести свою работу в земле, имея укрытия для раненых, обслуживающего персонала, медицинского имущества и транспортных средств.

11. Необходимо обратить особое внимание на организацию само- и взаимопомощи на поле боя.

А. А. БРЮХОВ
Лейтенант медицинской службы, командир санитарного взвода

РАБОТА САНИТАРНОГО ВЗВОДА БАТАЛЬОНА ВО ВРЕМЯ ПРОРЫВА БЛОКАДЫ

ЗАДОЛГО перед тем как начались бои, я поставил перед командованием вопрос о выделении в санитарный взвод положенных по штату санитаров из физически здоровых бойцов. Часть санитарных инструкторов в моем взводе обладала опытом предыдущих боевых операций, остальные были подготовлены санитарной частью полка. К моменту начала операции весь личный состав санитарной службы нашего подразделения был следующим: на батальонном медицинском пункте фельдшер, санитарный инструктор, три санитара, итого — пять человек; в стрелковых ротах — по одному санитарному инструктору, по четыре санитара, итого — по пяти человек; кроме того, в минометных и пулеметных ротах было выделено еще по одному санитару. Всего в санитарном взводе было 22 человека.

Ввиду того что часть санитарных инструкторов, как уже было сказано, а также и санитаров, практического опыта в боевых операциях не имела, я организовал занятия с низовыми медицинскими работниками по санитарному обеспечению рот и батальона в целом, согласовав программу со старшим врачом полка. Эти занятия я приурочил к тактическим учениям рот и батальона на местности. Таких занятий я провел по пять-шесть в каждой роте и два — в батальоне.

Занятия велись по следующим темам.

Теоретические. «Санитарное состояние подразделений в обороне и в наступательном бою», «Самопомощь и взаимопомощь раненых с использованием индивидуальных перевязочных пакетов», «Питание и личная гигиена бойца», «Профилактические мероприятия против инфекционных заболеваний (брюшной тиф, паратифы А и Б, дизентерия и сыпной тиф)», «Профилактика отморожений», «Химическая защита (противогазы и индивидуальные противохимические пакеты)».

Тактические (на местности). «Виды ранений по областям, по роду оружия, степень и тяжесть ранений», «Оказание первой помощи раненому на поле боя и вынос раненых в укрытия с их оружием (применительно к зимним условиям)», «Подход-подползание к раненому, виды транспортировки, транспортных средств и транспортировка раненого до батальонного медицинского пункта», «Расположение батальонного медицинского пункта и постов санитарного транспорта (в различных условиях, применительно к местности)», «Использование укрытых мест для раненых (в зависимости от местности)».

Тактическая обстановка

Во время боевых операций нам пришлось работать в двух несколько различных обстановках.

1. 16 января 1944 г., при занятии исходного рубежа, батальон, еще не доходя до него, был обстрелян ружейно-пулеметным и минометным огнем, а также мелкокалиберной артиллерией. В батальоне появились раненые. Мне пришлось развернуть работу в траншее около блиндажа. После оказания помощи раненые были эвакуированы.

Между тем к блиндажу, у которого расположился батальонный медицинский пункт, наши артиллеристы выкатили полковую пушку и начали бить прямой наводкой по вражеским блиндажам. Создалась угроза обстрела противником пункта, и поэтому я перенес его в довольно глубокую воронку от авиабомбы, где и развернул палатку. Через некоторое время противник обстрелял нашу пушку, но медицинский пункт не пострадал. До вечера я работал в воронке.

В ночь с 16-го на 17-ое я вновь перевел свой пункт, но не на 0,5—1 км от передовой линии, как об этом говорится в боевом уставе пехоты, а на 200—300 м — в расположение исходной позиции наших рот (тут же поместился и штаб батальона). Здесь были большие землянки, в которых удобно было делать перевязки. Я верил в успех наступления и потому расположил батальонный медицинский пункт так близко от передовой. Раненые находились в хороших укрытиях, в которых я имел возможность каждому из них оказать квалифицированную помощь, создать тепло, напоить горячим чаем, приложить химические грелки, применить противошоковые мероприятия.

Правда, трудно было осуществлять отсюда эвакуацию, но мы, пользуясь короткими минутами затишья, все же эвакуировали всех раненых, не имея при этом ни потерь из взвода санитаров-носильщиков, ни повторных ранений. Тяжело раненых наши санитары переносили до медицинского пункта третьего батальона, а оттуда уже их эвакуировали на лошадях.

2. При блокировке дзотов вражеской обороны пришлось работать в несколько иных условиях. Батальонный медицинский пункт был развернут в середине прохода образовавшегося мешка. Задание состояло в том, чтобы отрезать левый фланг противника и уничтожить его. Наша часть должна была соединиться с другой частью, которая действовала слева от нас по фронту.

Сзади, спереди и справа от нас стояли наша артиллерия и минометы. Поскольку на них был направлен огонь противника, батальонный медицинский пункт находился под постоянным артиллерийским и минометным обстрелом. Выдвигаться вперед в тот самый момент, когда действовала наша рота, не представлялось возможным, так как подъезд туда на лошадях был исключительно труден, да и проход простреливался настолько, что можно было только ползти по-пластунски.

Поэтому помощь оказывали непосредственно на поле боя, сосредоточивая затем раненых в укрытиях на командных пунктах рот, батальона. В одних случаях мешала, в других помогала ненастная погода. С наступлением темноты и затишья в обстреле раненых переносили на батальонный медицинский пункт. В течение дня взвод санитаров-носильщиков перетаскивал раненых на лодочках-волокушах, а ночью перевозил на лошадях.

Работа протекала в зимних условиях. На батальонном медицинском пункте имелась лагерная палатка, шесть лодочек-волокуш (из них три — самодельные). Вполне хватало одеял — ватных и суконных, перевязочного материала, медикаментов, химических грелок. Весь личный состав был обеспечен индивидуальными перевязочными пакетами. Все это помогало, способствовало успешному выполнению поставленной задачи.

Помощь на поле боя и эвакуация

Помощь на поле боя оказывали санитары, санитарные инструктора рот и я. Практиковались также самопомощь и взаимопомощь с использованием бойцами индивидуальных перевязочных пакетов. Санитары и санитарные инструктора находились в боевых порядках рот.

Вынос раненых с поля боя независимо от обстрела производился немедленно. Поскольку с 16 по 21 января батальонный медицинский пункт находился в расположении рот, все легко раненые, перевязанные и не перевязанные, сами приходили сюда. Здесь просматривали у них повязки, неперевязанным оказывали помощь, регистрировали всех и направляли во взвод санитаров-носильщиков. Тяжело раненым с сильным кровотечением на поле боя накладывали жгуты или тугие давящие повязки. Таких раненых привозили на батальонный пункт на лодочках-волокушах.

Во время боевых действий с 7 по 22 февраля, когда батальонный пункт стоял в проходе, все легко и тяжело раненые поступали в скрытые места — в разные землянки. Используя малейшее затишье, легко раненые выходили сами. Тяжело раненых в это время вывозили на батальонный пункт, где они подвергались санитарной обработке и оставались в землянках, ожидая транспорта. Как только прибывали лошади или лодочки-волокуши, этих раненых немедленно эвакуировали на полковой медицинский пункт.

В ожидании транспорта (лодочек-волокуш или лошадей) тяжело раненые помещались в хороших, прочных землянках, которые в ночное время отапливались. Ночью же здесь кипятилась для них вода, высокая температура которой днем поддерживалась химическими грелками.

В области противошоковых мероприятий проводилось следующее: поили горячей водой, применяли химические грелки, давали водку, производили инъекции морфия. Эвакуировали таких раненых завернутыми в теплые ватные одеяла. К более мерзнущим местам прикладывали грелки, надевали ватные бахилы.

На поле боя раненые не задерживались — не было случаев, чтобы они оставались там более часа.

Раненных в живот немедленно, независимо от обстрела, эвакуировали из ротных землянок, а также и с батальонного медицинского пункта.

Случаев отморожения среди раненых, прошедших через батальонный пункт, зарегистрировано не было.

Организация связи и питания бойцов во время боя

Вместе с батальонным медицинским пунктом к месту боевых действий следовали санитары из взвода санитаров-носильщиков. Они знали, где расположен взвод санитаров-носильщиков с выделенным ему транспортом и знали расположение батальонных медицинских пунктов.

Аналогичным образом осуществлялась связь между батальонным медицинским пунктом, взводом санитаров-носильщиков и полковым пунктом.

Контроль за эвакуацией и оказанием помощи проводился путем посещения батальонного пункта врачами полкового медицинского пункта и старшим врачом, посредством постоянной связи со взводом носильщиков, откуда в любой момент можно было вызвать транспорт или санитаров. Я проверял, все ли раненые вынесены с поля боя.

Питание бойцов во время боя разрешалось удовлетворительно. Два раза бойцы получали горячую пищу, которую приносили старшины подразделений. Кроме того, на передовую доставлялся чай.

В заключение должен сказать, что при условии выделения физически здоровых санитаров, достаточном их обучении и снабжении батальонного пункта медицинским имуществом мы и в будущих боях успешно справимся с поставленной перед санитарным взводом задачей.

И. П. КРАВЧЕНКО
Командир санитарного взвода

САНИТАРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СТРЕЛКОВОГО БАТАЛЬОНА В НАСТУПЛЕНИИ

Тактическая обстановка

НАШЕ наступление, направленное к прорыву блокады Ленинграда, началось 12 января 1943 г. 18 января мы выполнили задачу — соединиться с войсками Ленинградского фронта.

Территория, которую нам предстояло освободить, находилась в руках гитлеровцев около полутора лет. Немцы построили здесь мощную оборону. Мы знали, что враг окажет сильное сопротивление, так как прорыв блокады — это удар по голове «фюрера». Поэтому мы вели тщательную подготовку.

Строевые подразделения проверяли свое оружие, готовили штурмовые отряды, проводили тщательную разведку обороны противника.

Я, как командир санитарного взвода, тоже готовился к бою. Несколько раз ходил с командным составом батальона разведывать передний край противника. Изучил исходное положение батальона, каждой роты в отдельности, ознакомился с местностью предстоящего поля боя. Наметил пути эвакуации и место расположения батальонного медицинского пункта в начале боя.

В каждой стрелковой роте было выделено по три санитара. С первых чисел января я через день проводил с выделенными занятия. Санитары изучали оказание первой помощи, способы выноса раненых в укрытия и подыскание этих укрытий. Занятия были, в основном, практические.

Санитарным инструкторам была разъяснена задача каждой роты в отдельности, как учебная задача. Указаны были примерные пути эвакуации. Принимая во внимание, что бои должны были вестись с установкой на обход и окружение мелких групп противника, естественно было предположить, что пути эвакуации раненых в любой момент могут быть перерезаны немцами. Поэтому, во избежание отморожений у раненых, я дал указание устраивать гнезда раненых в блиндажах, взятых у врага.

Были проведены занятия также и со всем личным составом батальона по оказанию первой помощи раненому, самопомощи и предупреждению отморожений.

Санитары и санитарные инструктора на левые рукава нашили себе белые повязки с красным крестом, чтобы все видели их в нужный момент.

Санитарный взвод батальона состоял из командира взвода, санитарного инструктора, санитара и повозочного. На время боя взводу были приданы все писари рот. Они вели учет раненых своих рот и выполняли обязанности санитаров. Это совместитель-

ство очень удобно. Задолго до боя я провел практические занятия с этой группой выделенных.

Батальону было придано отделение санитаров-носильщиков из санитарной роты с задачей эвакуировать раненых из временных укрытий до поста санитарного транспорта. Санитары-носильщики — это основное звено в эвакуации раненых.

Утром 12 января началось наступление.

Еще до артиллерийской подготовки я выдвинул свой батальонный медицинский пункт в один из блиндажей нашего боевого отделения. Он находился в 500 м от переднего края противника. Значит во время боя за овладение первой линией обороны батальонный медицинский пункт был от рот на расстоянии 500—1000 м.

Вскоре бои пошли в глубине обороны — на окружение и уничтожение отдельных огневых точек противника. Наши подразделения стали вклиниваться в боевые порядки врага, обходя его с флангов и с тыла. В это время полковой медицинский пункт остался на прежнем месте, и расстояние от него до рот доходило до 2 км.

Когда наш батальон подошел ко второй линии обороны противника, я снова перенес батальонный пункт поближе к ротам — на расстояние 200 м и во время боя был от рот в 300—320 м. Когда наши войска прорвали вторую линию обороны и вошли в первый район, на соединение с ленинградцами, батальонный пункт тоже передвинулся в первый район. Однако делать ему там было нечего — раненых не поступало. Вскоре наши подразделения соединились с ленинградцами.

Условия работы на батальонном медицинском пункте

Батальонный медицинский пункт всегда располагается в сфере ружейно-пулеметного и минометного огня. Найти подходящий блиндаж для работы очень трудно. Я всегда выбираю блиндаж у дороги, по которой подносят боеприпасы. Блиндаж служит укрытием для раненых и персонала во время сильного обстрела. Работать приходится снаружи. Развернуть батальонный пункт по-настоящему тоже трудно. Поэтому я сделал специальный чемодан средних размеров с гнездами для склянок с настойкой иода и спиртом, коробок с морфием, камфорой, кофеином, клеем для повязок, шприца, малых и больших повязок. Бинты, вата и приготовленные шины — в мешке. Это очень удобно. Ночью, когда нельзя освещаться, знаешь на память, где что лежит.

В эту операцию раненые начали поступать на наш батальонный пункт в первый час боя. Сперва были только осколочные ранения, потом появились и пулевые. В час поступало 8—9 раненых, из них 5—6 — тяжело. Вообще, в январских боях было больше половины тяжело раненых. Прибывали в среднем через полчаса — час после ранения. Но были случаи, что и через 8—10 часов.

В качестве противошокового средства мы на батальонном пункте употребляли водку. Давали ее почти каждому раненому, чтобы отогреть его. Тяжело раненым с переломами вводили мор-

фий и сердечные, затем оказывали помощь — накладывали повязку, шину.

Помощь раненым на поле боя и эвакуация

В основном медицинскую помощь раненым оказывали санитарные инструктора рот, которые находились в заранее намеченных гнездах раненых. Ротные санитары оттаскивали к ним раненых.

Во время оказания помощи обычно у места ранения разрезали одежду, на рану накладывали подушечки пакета или повязки, а бинтовали поверх обмундирования, чтобы защитить рану от холода. Для шин пользовались подручным материалом — палками, досками, винтовками. Шины в рулонах, которые имеются в сумках санитарных инструкторов, себя не оправдывают. Накладывание их отнимает много времени и не дает надлежащей фиксации.

От санитарных инструкторов рот до батальонного пункта (а после — до поста санитарного транспорта) санитары-носильщики вывозили раненых на лодочках-волокушах. Наиболее трудна у нас работа — санитаров-носильщиков. Летом она будет еще труднее.

Командир отделения санитаров-носильщиков находился на посту санитарного транспорта, руководил санитарами, вел учет их работы.

Были случаи, когда противник отрезал пути эвакуации. Так было 13 января 1943 г. Наш батальон занял высоту с отметкой 103. Из деревни N, которая была сзади и справа, выдвинулись фашистские автоматчики и держали тропинку под обстрелом. Здесь у нас ранило двух санитаров. Тогда я послал на высоту 103 санитарного инструктора. Вместе с носильщиками он собрал всех раненых в один блиндаж, перевязал их и был с ними там до вечера. С наступлением темноты раненых вынесли. Они пробыли в блиндаже около восьми часов.

У нас были значительные санитарные потери: из 5 санитарных инструкторов —3, из 15 санитаров —11. Были убиты две лошади. Это было неизбежно: без риска, без потерь нельзя обеспечить раненых своевременной помощью и эвакуацией.

Деятельно помогал нам в работе начальник санитарной службы полка. Когда выходили из строя санитары, он сразу же присылал новых. Прислал и лошадей на место выбывших. Снабжал нас всем необходимым. Во время боя сам был на батальонном пункте, на месте давал указания.

Ф. П. МЕДЯНИК
Лейтенант медицинской службы, командир санитарного взвода

БАТАЛЬОННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПУНКТ ВО ВРЕМЯ БОЕВОЙ ОПЕРАЦИИ

В ФЕВРАЛЕ 1943 г. батальон в составе полка участвовал в наступлении на сильно укрепленный узел противника.

Местность действия батальона была болотистой, открытой и преимущественно ровной. Подход от батальонного медицинского пункта до расположения рот — неглубокая лощина и бывшие мелиоративные канавы. Основным и единственным путем эвакуации с батальонного до полкового медицинского пункта была насыпь узкоколейки. По болоту двигаться было невозможно, так как человек проваливался по пояс и глубже. Противник располагался на опушке леса на высотках, господствовавших над остальной местностью, в силу чего пути эвакуации раненых от рот до батальонного медицинского пункта постоянно простреливались пулеметным и минометным огнем.

Батальонный пункт находился тоже на насыпи, в воронках, на расстоянии до 400 м от рот. Эвакуация раненых проводилась почти непрерывно, но большей частью ночью. Зимой самое испытанное средство эвакуации из рот до батальонного медицинского пункта— волокуша, которая легка и везде проходит.

В наступательном бою в августе 1943 г. в этом же районе работа санитарного взвода была особенно трудной. Причиной этого была местность, как уже сказано, открытая, ровная, единственный путь подхода до переднего края — по траншее, которая от постоянного артиллерийского обстрела скоро пришла в негодность, стала мелкой. Днем из рот до батальонного медицинского пункта и поста санитарного транспорта можно было тащить раненых на плащпалатках по грязи в траншее только ползком. Ночью носильщики шли в полный рост, переправляя раненых на носилках и на плащпалатке, подвязанной к жерди.

Работа санитаров рот в основном сводилась к наложению повязок и выносу раненых до ротного пункта, редко бывали импровизированная шинизация (фанерные шины) и наложение жгута-закрутки.

Санитарный инструктор роты подбинтовывал повязки, накладывал жгут и шины (лубочные и из подручного материала), а также часто сам выносил раненых, вместе с санитарами, руководя их работой. Он давал командиру санитарного взвода сведения о количестве раненых, о санитарных потерях, о необходимости пополнения перевязочного материала и т. д.

Санитары-носильщики выносили раненых от ротного пункта до батальонного медицинского пункта и до поста санитарного транспорта (для чего я ежедневно распределял санитаров на две группы: одна выносила от ротных пунктов до батальонных, другая от батальонных пунктов до поста санитарного транспорта).

На батальонном медицинском пункте приходилось подбинтовывать повязки, поправлять наложенные жгуты и накладывать их вновь, шинизировать конечности (шины Крамера). Я делал инъекции сердечных и изредка морфия.

Батальонный медицинский пункт располагался в небольшом дзоте и находившейся рядом с ним траншее, которую ежедневно приходилось поправлять и углублять для сбережения раненых от осколков снарядов и мин. Здесь оказывалась первая помощь.

Батальонный медицинский пункт находился на расстоянии 600—700 м от рот. Пост санитарного транспорта — на расстоянии 500 м от батальонного пункта.

Связь батальонного медицинского пункта с ротами осуществлялась непрерывно через легко раненых, санитаров-носильщиков и командный пункт батальона, где я часто бывал.

На основании донесений санитарных инструкторов, а также информации командного пункта батальона я принимал необходимые меры: направлял санитаров, присланных старшим врачом полка на место выбывших; пополнял перевязочным материалом сумки санитарных инструкторов и санитаров рот; устраивал ночью «санитарные грабли» (два раза) силами санитарного взвода и приданных санитаров-носильщиков и т. д.

Несмотря на трудность транспортировки раненых до батальонного медицинского пункта под постоянным вражеским обстрелом, санитарный взвод со своей задачей справился. В основном вынос раненых с поля боя проводился своевременно и осуществлялся на плащпалатке, а также при помощи лямок. Побывав на рекогносцировке района действия батальона перед боем, я установил, что из батальонного пункта до поста санитарного транспорта можно перевозить раненых на низенькой коляске. Мои санитары спешно сделали такую примитивную коляску. На нее укладывали на носилках раненого и таким образом везти было гораздо легче, чем носить на плащпалатке.

Опыт санитарного взвода еще со времени боевой деятельности батальона в условиях обороны показал, что целесообразно даже на узком отрезке путей транспортировки применять низкие коляски на четырех колесах на резиновом (широком) ходу. Особенно легко возить на них, когда колеса сделаны на шарикоподшипниках. Такие коляски могут пройти там, где конный транспорт не проходит.

Считаю хорошим средством транспортировки раненых в болотистой местности легкие низкие катки на шарикоподшипниках, подделанные под носилки. Хорошо было бы наладить заводской выпуск подобных колясок и катков в армейском масштабе.

Большинство ранений были осколочные. Раненые поступали не только из своего батальона, но и из других подразделений.

Выводы

1. Качество и успех работы санитарного взвода стрелкового батальона зависят от укомплектованности штата, обученности, натренированности и выносливости санитаров.

2. В зимних условиях основным и наилучшим средством транспортировки раненых из рот до батальонного медицинского пункта является волокуша. В оттепель хорошо применять лыжную установку.

3. В условиях лета средств транспортировки недостаточно, поэтому надо заранее готовить оправдавшие себя на опыте самодельные коляски.

4. Необходимо, чтобы зимой на батальонный медицинский пункт давали для раненых спирт как противошоковое и согревающее средство.

5. При укомплектовании санитарных сумок должны быть предусмотрены санитарные ножи и ножницы.

6. Каждый санитар и санитарный инструктор должен иметь воду во флягах. Пополнять запасы воды они смогут в батальонном медицинском пункте, куда ее будут доставлять санитары-носильщики с поста санитарного транспорта или полкового медицинского пункта.

Е. Т. ВЛАДИМИРОВА
Старшина медицинской службы, санитарный инструктор

ВЫНОС РАНЕНЫХ ИЗ РОТНОГО РАЙОНА НА БАТАЛЬОННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПУНКТ

КАК командир санитарного отделения я организовала оказание первой помощи раненым, оттаскивание их в укрытые места и направление на батальонный медицинский пункт. Перед началом боевой операции я сама и через своих санитаров проверила обеспеченность личного состава роты индивидуальными пакетами, осмотрела санитарные сумки и снабдила санитаров заранее заготовленными фанерными листами для шинирования.

Каждому санитару ставилась задача: действовать во время боя сзади взвода, на расстоянии 10—15 м. Места, по возможности, выбирались укрытые, защищенные от огня противника. Отсюда можно было наблюдать за продвижением бойцов и в нужную минуту быстро подползти к раненому. В качестве санитарного инструктора я выбирала для ротного санитарного инструктора место, откуда легче было бы руководить санитарами взводов и держать с ними связь. В течение всего времени наступательных действий я, в зависимости от рельефа местности и условий боя, по-разному располагала ротный санитарный пункт: то в воронке от снаряда, то в траншее, то в защищенной от огня противника лощине, словом — в местах, которые меньше обстреливались и откуда легче выносить

раненых. Переносить ротный санитарный пункт приходилось в ходе самого боя, маневрируя под огнем. Перемещение это иногда обусловливалось еще и тем обстоятельством, что скопление раненых привлекало внимание фашистов, и они начинали обстреливать минометным огнем пункт и ближайшие к нему пути выноса раненых.

На ротный санитарный пункт попадали главным образом тяжело раненые, легко же раненые сразу после оказания им первой помощи на месте направлялись на батальонный медицинский пункт. Лишь отдельные раненые — те, кто не получил помощи на месте, — прибывали на ротный пункт.

Еще до наступления, для того чтобы лучше организовать вынос раненых с поля боя в укрытые места, в распоряжение командира роты были выделены три санитара-дублера для замены санитаров на случай выбытия их из строя или же помощи в случае наплыва раненых. Дублеры были бойцами и во время боя они выполняли свои обычные обязанности. Когда же нужна была их помощь, я обращалась к командиру роты, и он отдавал им приказание через своего связного. Дублеров я выбрала давно, проводила беседы с ними и обучала их подаче первой помощи и оттаскиванию раненых с поля боя.

Санитары и бойцы знали, что индивидуальный перевязочный пакет должен находиться в правом кармане шинели. Это облегчало нашу работу, ибо санитар сразу же доставал пакет из кармана раненого. Если же почему-либо пакета не оказывалось в кармане, он использовал свой запас.

Раненых мы оттаскивали в укрытые места и на ротный пункт на плащпалатке. Очень часто, когда рота действовала на открытой местности и участок хорошо просматривался со стороны противника, нам приходилось размещать раненых в нескольких укрытых местах, т. е. рассредоточивать их группами. Все время мы следили за их состоянием.

Сильный пулеметный и артиллерийский огонь временами не давал возможности работать санитарам-носильщикам, и вынос раненых на батальонный пункт медицинской помощи удавалось организовать только когда утихнет обстрел или же после наступления темноты.

В последней боевой операции мы оттаскивали раненых в укрытые места и потом относили их на батальонный медицинский пункт, ночью — по открытой дороге, днем — по наполненной грязью, брошенной траншее. Работали все время под сильным ружейно-пулеметным огнем, и поэтому приходилось тратить много времени и трудов, чтобы выбрать более или менее защищенные от обстрела места и поместить там раненых. Здесь раненых принимали от нас санитары-носильщики, прибывавшие с батальонного медицинского пункта. Они относили раненых на батальонный медицинский пункт тоже при помощи плащпалаток или же на лямках.

За организацию выноса раненых с поля боя в эту операцию я была награждена орденом «Красная Звезда». Санитары Титов, Коновалов и Петраков за самоотверженную боевую работу получили медали «За отвагу».

А. М. КАНН
Старшина медицинской службы
санитарный инструктор

САНИТАРНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РОТЫ ПРИ ФОРСИРОВАНИИ РЕКИ

ЕРЕД началом операции нас, санитарных инструкторов, вызвал к себе командир санитарного взвода и во всех подробностях проинструктировал о предстоящей работе. Побеседовали об укомплетовании санитарных сумок, о приготовлении нужного санитарного имущества — шин, перевязочного материала и необходимых медикаментов. Коснулись также и пантоцида, который сослужил нам немалую службу.

Итак, мы стали готовиться к операции. Вернувшись в роту, я провел беседы среди бойцов об оказании самопомощи и взаимопомощи, научил их пользоваться индивидуальными перевязочными и противохимическими пакетами.

После этого я занялся обучением своих санитаров выносу раненых с поля боя всеми способами: на себе, на плащпалатке, на шинели, на импровизированных носилках (из веток). Приучал их действовать быстро и решительно «под огнем противника» и «в обороне».

Из бойцов роты подготовил санитаров-дублеров. Выделил себе заместителя.

Для вызова санитаров мы выработали условные знаки. Например поднять пилотку над головой — «Санитар 1 взвода, ко мне!». Условились, что связь между санитарными взводами будем поддерживать через легко раненых, а также через подносчиков патронов и старшин.

Накануне боевых действий я выявил в роте больных, которых отправил на батальонный медицинский пункт.

Итак, 9 сентября мы вышли на исходный рубеж — правый берег Невы.

Здесь произошло трагическое событие, о котором я всегда буду вспоминать с горечью и болью, потому что виновником его оказался я. Оно указало мне на существенный недостаток в моей работе, которого я теперь буду всячески избегать.

Рота наша расположилась на опушке леса и подготовлялась для дальнейшего броска вперед. Вдруг начался бешеный минометный обстрел.

Командир скомандовал: «Все в укрытия!». Мои санитары, следуя примеру бойцов, бросились в пулеметное гнездо. И именно в этом-то месте и разорвалась мина. Два санитара было убито, три ранено. Это было мне уроком: сосредоточивать все силы в одном месте нельзя.

Перед самым боем командир роты рассказал нам о задаче подразделения, чтобы мы были в курсе дела и не работали вслепую. Я распределил своих санитаров по взводам и категорически приказал им неотлучно находиться в подразделении, сооб-

щаясь со мной с помощью связистов. Так я был уверен, что раненые каждого взвода не окажутся без медицинской помощи. Я обдумал, где должно быть мое место во время форсирования реки и решил, что самое выгодное — впереди роты, где я могу выбрать укрытия для раненых.

Вообще же при расположении роты вдоль фланга я нахожусь в центре, немного позади, в месте укрытия, которое оставляю лишь в исключительных случаях.

Во время обороны я больше всего сижу в гнезде, в наступательном бою больше действую в роте, оставляя в гнезде своего заместителя-санитара. Перевязочный материал мне доставляют в укрытие санитары-носильщики, когда идут из полкового медицинского пункта.

Наметил я «гнезда раненых». Выбор места для них также небезразличен: лучше всего — в наиболее укрытых и защищенных местах, где к тому же всегда есть люди. Это помогает как в связи, так и в эвакуации легко раненых: пикетаж ведь не всегда удается.

Вообще, конечно, все зависит от местности. В большинстве случаев гнездо раненых — это яма, воронка от снаряда, лощина, бугор с уклоном, предохраняющие от артиллерийского обстрела. Укрытие от минометного огня найти не всегда возможно.

Условным знаком «гнезда раненых» избрали бинт, намотанный на дерево. Это и хорошо видно, и не так демаскирует укрытие.

У некоторых возникает вопрос: что надо раньше сделать раненому — перевязать его или отнести в укрытие? Это решается по обстановке. Если близко есть укрытие, целесообразнее оттащить раненого туда и там перевязывать; если же укрытия поблизости нет, лучше сначала перевязать, а потом уже оттаскивать.

Едва мы успели по-настоящему приготовиться, как стали прибывать первые раненые. «Легкие» прибывали сами — путь им указывали санитары. Тяжело раненых доставляли санитары-носильщики.

Лучшие способы выноса раненых с поля боя до укрытия — на плащпалатке и ползком, с раненым на спине. В траншеях носилки применять не всегда удобно, в особенности в наспех вырытых. Легко раненых мы эвакуировали с попутчиками, — таким образом санитары освобождались от эвакуации. Ночью на месте переправы и у гнезд раненых мы выставляли «маяки». Эвакуация через реку осуществлялась санитарами-носильщиками, которыми руководил командир санитарного взвода. Дальше — обычным путем по всем этапам эвакуации. Нужно сказать, что лодочка не всегда удобна при эвакуации, ибо она неустойчива. Лучше всего пользоваться плоскодонной волокушей.

Исключительное значение имеет установление времени ранения. Делать это я вменил в обязанность санитарам, и они довольно точно (с очень небольшими отклонениями) сообщали мне сроки.

Так была построена наша работа при форсировании реки.

Теперь — два слова относительно укомплектования санитар-

ной сумки. Очень уж много места отводится в ней для медикаментов. В боевой обстановке это ненужно. А вот что иногда отсутствуют положенные по табелю нож и ножницы — это большой недостаток. Нелишне иметь в сумке простерилизованный кусок клеенки на случай пневмоторакса и большие асептические повязки.

И. Д. БЕЛЕЦКИЙ, В. А. БЫХОВЦЕВ и И. М. НАЙМУШИН
Лейтенанты медицинской службы

О ПОДГОТОВКЕ САНИТАРОВ И САНИТАРОВ-НОСИЛЬЩИКОВ

ОРГАНИЗАЦИЯ выноса раненых с поля боя во многом зависит от того, как обучены санитары и санитары-носильщики. К сожалению, подготовке этих кадров иногда не оказывается должного внимания. Занятия — теоретические и практические — проводимые в ротах и батальонах, одинаковы для санитаров и санитаров-носильщиков. А между тем практика показывает, что работа тех и других не совсем одинакова.

От санитаров рот требуется, чтобы они могли хорошо наложить повязку, жгут, шину и быстро оттащить раненого в укрытое место. От санитара-носильщика требуются еще и другие навыки: он должен владеть искусством переползания, знать способы выноса раненых, уметь пользоваться рельефом местности, защищать пострадавшего от вторичных ранений.

Очень часто в межбоевой период санитаров прикрепляют к взводам, а там их назначают на различные работы, и они постепенно отвыкают от своих непосредственных обязанностей.

Мы полагаем, что наиболее целесообразно санитарное отделение роты держать вместе с санитарным инструктором, который должен все время обучать своих санитаров и тренировать их.

Прикреплять же санитаров к взводам следует только перед боем.

Иногда санитарному инструктору роты придают санитаров-носильщиков во время боя. Этого не следует делать, ибо, как показывает практика, распыляются силы и в нужное время трудно бывает организовать вынос с тех участков, где, по условиям боя, больше раненых. К тому же такая система работы приводит к большим потерям.

Нам кажется, что санитары-носильщики, входящие в состав санитарного взвода батальона, должны работать, как правило, между ротой и батальонным медицинским пунктом. Следует отказаться от использования санитаров-носильщиков на переноске раненых от батальонного медицинского пункта до полкового меди-

цинского пункта или, что бывает еще чаще, в качестве повозочных. Это, видимо, объясняется тем, что пост санитарного транспорта далеко расположен от батальонного медицинского пункта и санитары-носильщики (что тоже неправильно) заняты выносом раненых с поста санитарного транспорта. А это приводит к тому, что ротный район страдает от недостатка санитаров-носильщиков. Приходится в таких случаях использовать для выноса раненых на батальонный медицинский пункт инструкторов, что уже совсем нецелесообразно.

Наконец закрепление санитаров-носильщиков за батальонным медицинским пунктом дает возможность в нужную по условиям боя минуту перебрасывать их из одного батальона в другой.

Для того чтобы правильно руководить выносом раненых на батальонный медицинский пункт, командиру санитарного взвода нужно быть тесно связанным с командиром батальона, ибо у того хорошая связь со взводами и ротами. С командного пункта батальона удобно пользоваться всеми наличными у командира батальона средствами связи, а это дает возможность правильно маневрировать санитарами-носильщиками и в нужное время направлять их именно в ту роту, где больше всего ощущается в них нужда.

Большое значение в боевой обстановке имеет правильно организованный пикетаж. При его отсутствии крайне затрудняется оттаскивание раненых с поля боя и вынос их до батальонного медицинского пункта. Наличие пикетажа особенно необходимо для легко раненых, следующих пешком до ближайшего медицинского пункта.

Боевые операции показали, что на поле боя санитар и санитарный инструктор должны быть максимально освобождены от всякого снаряжения, ибо даже наша санитарная сумка мешает оттаскиванию раненого с поля боя. Поэтому многие санитары и санитарные инструктора, умудренные практикой, оставляют свои сумки у гнезд раненых и берут с собой 10—15 бинтов.

Из опыта мы пришли к выводу, что санитарному инструктору в роте нужно иметь в достаточном количестве асептические повязки, шины, жгуты — резиновые и матерчатые, — ножи и ножницы.

С ПЕРЕДНЕГО КРАЯ

О ВЫНОСЕ РАНЕНЫХ С ПОЛЯ БОЯ

В то время, когда мы находились в активной обороне, наша часть нередко вела разведку боем, и почти каждый раз эти боевые операции совершались через водные рубежи.

Мои санитары неплохо умели оттаскивать раненых с поля боя в укрытые места, но с транспортировкой пострадавших через водные преграды они были мало знакомы. Поэтому мне пришлось усиленно заняться соответствующим обучением их. После надлежащей тренировки санитары хорошо усвоили способы переправы

раненых через реку. Укажу на два таких способа, которыми мы пользовались.

К веревке, укрепленной на обоих берегах, мы привязывали так называемый пробковый пояс. Этот пояс надевали на раненого и оттаскивали его за веревку на другой берег. Второй способ заключался в том, что привязывали носилки, укрепленные на резиновых автомобильных камерах. Носилки с раненым благодаря этому свободно держались на воде, и таким образом удавалось переправлять их на другой берег.

Противник все время держал под сильным обстрелом отдельные подступы к реке. Поэтому в ходе боя нам не всегда удавалось сразу же эвакуировать раненых с нашего берега на ближайший батальонный или полковой медицинский пункт. В таких случаях мы сосредоточивали раненых в хорошо укрытых местах и с прекращением огня или с наступлением темноты передавали их санитарам-носильщикам, которые доставляли их по назначению.

Для выноса раненых непосредственно с поля боя мы, кроме плащпалаток и лямок, применяли еще самодельные деревянные сиденья. Строили их так: из досок делали низ, самое сиденье, спину, боковые планки; к сиденью прикрепляли лямки. Раненых, которые не могли сами держаться, прихватывали к боковым планкам ремнями. Пользуясь таким сиденьем, санитар, надев на себя лямки и передвигаясь ползком, вывозил раненого с поля боя. Если же местность не обстреливалась, то санитар шел во весь рост, что, разумеется, значительно сохраняло его силы.

В боевой обстановке санитарная сумка оказалась громоздкой и часто мешала нам свободно маневрировать на поле боя. Мы решили ее переконструировать: сшили широкий пояс с такими же отделениями, как в сумке, и заполнили эти отделения всем тем, что необходимо в первую очередь при оказании помощи раненому на месте. Получился своеобразный санитарный «патронташ», который, нисколько не стесняя движений санитара, облегчал его работу.

Сержант медицинской службы *А. К. ЛЮБИМОВА*

О РАБОТЕ САНИТАРНОГО ИНСТРУКТОРА

Из опыта я вынес убеждение, что санитарный инструктор во время боя должен находиться невдалеке от командного пункта роты. Здесь обычно я и выбираю места для укрытия раненых. Находясь постоянно вблизи командира роты, я всегда имею возможность с его разрешения использовать его связных для контакта в работе с санитарами взводов.

Связь с батальонным медицинским пунктом я поддерживаю через санитаров-носильщиков. Будучи, таким образом, все время связанным с батальонным пунктом, я сообщал фельдшеру о наличии раненых и сразу же получал от него санитаров-носильщиков для их транспортировки. Во время активных боевых действий мне с батальонного медицинского пункта не раз присылали санитаров-носильщиков для дежурства в гнездах раненых.

Конечно, самая трудная и самая опасная часть нашей работы — это доставить раненого до укрытия. Но и дальнейший вынос раненого санитаром-носильщиком — до батальонного медицинского пункта — тоже сопряжен с опасностью и трудностями для раненого и санитара. Поэтому нужна продуманная организация и этой части работы.

На практике я убедился, что перед наступательными операциями нужно обязательно подготовить одного или двух дублеров на каждого санитара взвода. На эту сторону дела тоже нужно обратить серьезное внимание. Тем более что так называемые группы усиления фактически мало нам помогают. В февральскую и сентябрьскую боевые операции прошлого года нам давали в помощь санитаров из медсанбата. Должен сказать, что эти люди, не имеющие обычно практического опыта по выносу раненых с поля боя, никогда себя не оправдывали. Надо прежде всего хорошенько обучить их санитарному делу в межбоевое время, а не загружать другой работой, что, к сожалению, имеет место.

Для того чтобы правильно организовать первую помощь и вынос раненых с поля боя, санитарный инструктор должен иметь представление о том, какое существует соотношение между тяжело и легко ранеными, чтобы соответствующим образом планировать свою работу.

Старшина медицинской службы *А. Н. ЛУК*

В. А. БЕЛКИН
Капитан медицинской службы

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ПАРТИЗАНСКИХ ОТРЯДАХ

В СЛОЖНЫХ условиях борьбы во вражеском тылу осуществлялось медицинское обслуживание партизан Ленинградской области.

Находясь далеко за линией фронта, медики-партизаны не обладали, разумеется, теми широкими возможностями лечения раненых и ухода за ними, какими располагает санитарная служба Красной Армии. Они не имели регулярно налаженного медицинского снабжения. У них не было баз с медицинским имуществом, чрезвычайно была затруднена эвакуация раненых и больных в лечебные учреждения советского тыла, единицами насчитывались квалифицированные медицинские работники. Вся тяжесть работы по восстановлению здоровья раненых и больных партизан лежала на немногих врачах, фельдшерах, медицинских сестрах и дружинницах, которые, пренебрегая опасностью, пошли в партизанские отряды, разделяя вместе с народными мстителями лишения, невзгоды и трудности борьбы в глубоком тылу врага.

В ноябре 1941 г. в N-ском партизанском отряде впервые появился врач Лидия Семеновна Радевич. До этого в отряде работали лишь сестра и две санитарки. Тов. Радевич сразу же взялась за подготовку медицинского персонала, и через месяц

у нее уже были помощники: сестра-наркотизатор, пять санитарных дружинниц и две медицинские сестры. Отряд совершал большие и быстрые переходы, и хирургическую помощь приходилось оказывать в деревенской избе, в лесу, в заснеженном овраге, делая всевозможные перевязки, удаляя инородные тела, останавливая кровотечение.

Росла боевая деятельность отряда, увеличивалось и количество его медицинских работников. Прибыл врач А. И. Иванов. Пополнились ряды медицинских сестер и санитарных дружинниц, которые в большинстве своем не имели специальной подготовки и получили ее в процессе работы.

Скоро отряд получил возможность организовать первый партизанский госпиталь на 150 человек.

Работать приходилось в чрезвычайно трудных условиях. Эвакуации в советский тыл почти не было. Деревню, где находился госпиталь, фашисты непрестанно бомбили с воздуха. Перевязочного материала нехватало. Колхозники собирали у себя скатерти, простыни, полотенца и приносили их партизанам. Все это стиралось, разрезалось и пускалось в употребление.

Особенно большую работу врачи-партизаны проделали по ликвидации вспышки эпидемии сыпного тифа, занесенного противником в оккупированные им населенные пункты.

В отряде проводилась санитарная обработка. Белье прогревали на кострах, стирали, утюжили. Бойцов стригли, мыли в бане. Вспышка была ликвидирована.

При расположении в деревне партизанский отряд рассредоточивался поротно. Медицинское обслуживание роты осуществлялось сестрой и двумя дружинницами, прикрепленными к группам, входившим в роту. В бою они оказывали первую помощь пострадавшим, выносили их из-под огня на руках или оттаскивали на плащпалатках на ротный сборный пункт и затем транспортировали на лошадях в отрядную санитарную часть.

Перед маршем, по решению командира отряда, тяжело раненых и больных партизан оставляли в санитарной части, легко раненые, могущие самостоятельно передвигаться, следовали с отрядом. В зависимости от боевой обстановки, зачастую и тяжело раненых оставляли при отряде, перевозя их на лошадях или перенося на носилках.

Вместе с группой или ротой сестры и дружинницы ходили для оказания медицинской помощи на все боевые операции по разгрому немецких гарнизонов, взрыву мостов и спуску под откос фашистских воинских эшелонов.

Во время боевой операции по взрыву железнодорожного состава с немецкими войсками был тяжело ранен партизан И. И. Ильин. Семнадцать суток несли его на руках до партизанского госпиталя, где и была ему оказана хирургическая помощь, после чего он был эвакуирован в советский тыл.

Санитарную часть партизанского отряда возглавлял врач, который во время боя развертывал отрядный медицинский пункт,

куда и направлялись раненые из рот и групп. Для отрядной санитарной части отводился подходящий дом, по возможности в центре населенного пункта, где и развертывалась перевязочная. Медицинская помощь была далеко не совершенна. Отряд постоянно был в движении, и поэтому крупные хирургические вмешательства исключались.

В разрозненных группах партизан организованного медицинского обслуживания не было. Оно оказывалось в порядке самопомощи и взаимопомощи.

При размещении партизанского отряда в лесу санитарная часть располагалась в центре отрядного района в специально оборудованном шалаше. В некоторых отрядах медицинские работники носили с собой сброшенные советскими летчиками парашюты и парашютные чехлы. Парашюты растягивали на кольях в виде палаток, устраивая в них перевязочные, а чехлы использовали в качестве одеял для раненых.

В такой обстановке 25 мая 1943 г. был оперирован раненный в желудок партизан — разведчик т. Пономарчук. Два месяца партизаны возили и носили его с собой. Тов. Пономарчук выздоровел и снова вернулся в свой отряд.

Иногда при больших переходах (особенно во время боевых операций) раненых оставляли в лесу или деревне.

В деревне их поручали проверенным людям, преданным советской власти. Раненым намечали место сборного пункта, куда они и приходили после выздоровления.

В лесу раненых оставляли в предварительно построенных утепленных шалашах вместе с медицинской сестрой или санитаркой, снабженной медикаментами и продуктами. Место выбирали глухое, вдали от населенных пунктов. После выполнения боевого задания отряд возвращался к этому месту и брал с собой раненых.

Много пришлось поработать медицинскому персоналу партизанских отрядов по предупреждению сыпного тифа и других заразных болезней.

При расположении в деревнях обязательно проводилось мытье в бане. В лесу в летнее время баню устраивали при помощи трех туго натянутых парашютов. Печку складывали из камня. Воду грели в оцинкованных бачках. В течение суток все бойцы отряда успевали помыться в такой импровизированной бане.

При передислокации обычно выезжал вперед с отрядной разведкой фельдшер (или сестра); они выясняли, нет ли в данном пункте источников инфекции, запрещали размещаться в домах, где находились подозрительные больные, определяли порядок пользования водоисточниками и место расположения санитарной части.

Эвакуация в советский тыл происходила на самолетах, в большинстве случаев зимой.

Медикаменты, инструментарий и перевязочный материал советские самолеты сбрасывали в мешках с парашютами. Снабжение было нерегулярным и далеко не удовлетворяло потребности. Поэтому большую часть медицинского имущества добывали при разгроме немецких гарнизонов в качестве трофеев. Посылали также специально агентурную разведку в города, где имелись немецкие лечебные учреждения, откуда и приносили то, что нужно было для медицинского обслуживания партизан.

Со второй половины 1943 г. партизанские отряды объединились в бригады, которые заняли деревни и, удерживая их, вели с немцами крупные бои. Соответственно этому приняло другой вид и медицинское обслуживание. Были организованы бригадные санитарные части со стационарными госпиталями, насчитывавшими десятки врачей, достаточное количество среднего медицинского персонала и санитарных дружинниц.

В некоторых партизанских бригадах госпитали занимали целые деревни. Большинство же госпиталей расположилось в лесу, в скрытых, по возможности недоступных для танков противника местах. Для охраны такого госпиталя выделялся специальный партизанский отряд.

Медицинская помощь во время боевых действий была организована следующим образом. Раненых группы, выполнявшей задание или ведшей бой, сестры и дружинницы доставляли в отряд, где им оказывалась доврачебная помощь (подбинтовывание, снятие жгутов, временная иммобилизация). Затем конный транспорт доставлял их в бригадный госпиталь. Здесь уже имела место квалифицированная хирургическая помощь. Раненых подвергали санитарной обработке и направляли на стационарное лечение. Если характер ранения не давал возможности хирургического вмешательства, а требовалась немедленная эвакуация, она осуществлялась на самолетах, прилетавших из советского тыла.

Особое место занимала медицинская помощь со стороны партизан местному населению.

С приходом немцев медицинское обслуживание населения на оккупированной ими территории было полностью прекращено. Больницы и амбулатории большей частью были сожжены, а те, что сохранились, предназначены были для обслуживания карательных отрядов и немецких гарнизонов.

Медицинские работники партизанских частей развернули широкую помощь населению. При партизанских госпиталях были организованы амбулатории и отделения для приема граждан. В отдаленных от бригад населенных пунктах и в лесных лагерях развертывались для населения специальные санитарные пункты, которым партизанские бригады выделяли врачей, обслуживающий персонал и медикаменты. Врачи организовывали прием больных и родовспоможение, проводили лекции, беседы по профилактике чесотки и сыпного тифа.

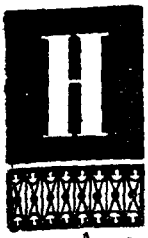
В одной только партизанской бригаде было обслужено амбулаторным приемом и медицинской помощью на дому 15 466 человек.

Другая партизанская бригада выделила специальную санитарную бригаду, возглавлявшуюся врачом, для ликвидации вспышки сыпного тифа среди местного населения.

Такова, в самых кратких и общих чертах, работа медиков-партизан Ленинградской области.

Г. М. БОГДАНОВ
Лейтенант медицинской службы

ГОСПИТАЛЬ В ТЫЛУ ПРОТИВНИКА



На совещании командного состава бригады командованием был поставлен вопрос о более широком развертывании боевой деятельности бригады. Само собой разумеется, что при расширении и увеличении боевых операций будут и раненые. Я, как начальник санитарной службы бригады, обратился к командиру бригады тов. Алексееву. Он мне дал 15 человек, вооруженных винтовками, автоматами и пулеметом. С этими людьми я отправился в лес, в 2 км от деревни N. Подобрал место в густом лесу около реки Череха и развернул палатку из парашютов. К вечеру у нас уже были натянуты 3 палатки. Вскоре стали прибывать раненые. В эту же ночь была большая боевая операция бригады и к рассвету привезли 25 раненых. Из медицинских работников в моем распоряжении были две медсестры и один фельдшер. Началась оживленная и плодотворная работа. С каждым днем поступало все больше и больше раненых. Палатки вырастали одна за другой.

Приближалась осень, стал вопрос об организации госпиталя, приспособленного для зимних условий. Нашли топоры, лопаты и приступили к стройке бункеров. Первый бункер на двадцать коек был готов через три дня; его хорошо отеплили. Когда перевели туда раненых, они с облегчением вздохнули и благодарили за заботу, которую проявило командование по отношению к ним.

Через две-три недели были выстроены еще пять таких бункеров; каждый в себе вмещал более тридцати человек. Появилась кухня, баня, перевязочная, хирургическая и изолятор. Там же были построены конюшня для лошадей и коровник для рогатого скота.

Это уже был настоящий небольшой лесной партизанский городок.

Несмотря на то что враг находился кругом на недалеком расстоянии, жизнь в госпитале протекала нормально. Каждое утро я делал обход палат, назначал больных на перевязку. Перевязочная работала с десяти утра до семи часов вечера.

Раненых кормили три раза в день. Каждый раненый получал в день пол-литра молока, а более тяжелые — по литру и более.

Благодаря хорошему уходу и питанию заживление ран происходило быстро, чего мы и добивались.

Со снабжением медикаментами и перевязочным материалом дело обстояло хуже. Нам приходилось покупать их в городах, занятых противником (Псков и Порхов); поэтому медикаменты и перевязочный материал тратились очень экономно. К концу января 1944 г. в госпитале скопилось до трехсот раненых. Об эвакуации в советский тыл не могло быть и речи, ибо противник предпринял против нас большую экспедицию. В самый последний момент, когда противник подошел к нам вплотную, местами до 2 км, мы срочно, за полчаса, погрузились на повозки и под носом противника проехали в тыл в морозную ночь под обстрелом.

Расположились в лагере одного из наших отрядов. Этим маневром мы спасли раненых. Через несколько дней, когда противник оттянул силы, мы опять вернулись в свой госпиталь.

Из-за отсутствия медицинского персонала в деревнях нашего района к нам часто обращались мирные жители за медицинской помощью. В таких случаях мы высылали в деревни наших работников с медикаментами.

Не желая обнаруживать наше местонахождение, жителей деревень мы обычно в госпиталь не допускали.

Для развлечения раненых у нас был патефон, баян, гитара. Кроме того, мы доставали в деревнях литературу—русских классиков. Когда больные начинали поправляться и становились на ноги, мы их отправляли в отряды с предоставлением отдыха на разные сроки — от двух недель и выше, смотря по состоянию их здоровья. После этого бойцы входили в строй совершенно полноценными и пригодными для дальнейшей борьбы.

Часто приезжало к нам командование бригады во главе с командиром тов. Алексеевым и комиссаром тов. Майоровым. Они воодушевляли бойцов и заверяли их, что бригада никогда не оставит раненых на произвол судьбы. И действительно, когда грозила опасность попасть врагу в руки, появлялся лично командир бригады, и мы выходили победителями из тяжелого положения.

Подытоживая работу нашего госпиталя, мы пришли к концу работы со следующими показателями.

За последних четыре месяца через госпиталь прошло более 600 раненых; из них 420 за это время возвращено обратно в строй, 180 человек мы сдали в армейский госпиталь при встрече с Красной Армией; смертельных случаев среди всего числа раненых было 17.

Много сил и энергии положил медицинский персонал госпиталя, добиваясь быстрейшего восстановления здоровья раненых.

Фельдшер тов. Д. Никифоров, медсестра тов. О. Васильева и медсестра тов. М. Мстиславская все свои знания и силы отдали работе. Зато не одна сотня бойцов их благодарит сейчас.

М. АБРАМОВ

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ РАНЕНЫМ ПАРТИЗАНАМ

В ГЛУХОМ лесу, на островке среди болот выросла новая деревня — два больших жилых дома, баня, пекарня, навесы для лошадей. Это один из партизанских госпиталей пятой партизанской бригады, построенный крестьянами Струго-Красненского района. В трудную пору напряженных боев с немцами здесь лечилось свыше 150 раненых партизан. 5 врачей, 30 санитарок и медсестер обслуживали этот лесной госпиталь.

Народ окружил раненых подлинной отеческой заботой. Крестьяне дали в распоряжение госпиталя 10 дойных коров. Кроме того, в госпиталь доставлялось ежедневно 100 л молока. Издалека приезжали крестьянские посланцы и привозили картофель, овощи, квашеную капусту, клюкву, мед и другие продукты.

В декабре прошлого года бригада вела жестокие бои с крупной карательной экспедицией. Число раненых с каждым днем росло. Госпиталь испытывал недостаток в перевязочном материале. И здесь народ пришел на помощь. По деревням, в лесных лагерях прошел сбор тонкого холста и простынь для госпиталя.

Крестьяне Струго-Красненского района собрали 1200 м холста, трудящиеся Уторгошского района доставили для раненых около 1000 м холста и сотни простыней.

Такую же помощь оказывал народ в обеспечении раненых бельем, одеждой, обувью. Госпиталю нужны были санитарки. Начальник санитарной службы бригады старшина лейтенант м/с Мирошников организовал курсы, и за месяц было обучено 20 санитарок-девушек Уторгошского, Солецкого, Порховского районов.

Подростки по деревням собирали книги для раненых партизан, и госпиталь вскоре имел свою библиотеку.

Кто-то подарил госпиталю шашки, шахматы, гитару, баян, патефон. Выздоравливающие бойцы с помощью санитарных работников устраивали в госпитале прекрасные концерты.

Медицинские работники бригады провели огромную работу и этим заслужили уважение всех партизан.

Партизан т. Озеран получил ранение в бою за дер. Серебрянка в первых числах ноября. К концу ноября ему уже залечили раны, и он снова пошел в бой. Партизан Федор Томилин был ранен в ногу. Через две недели пребывания в госпитале он храбро сражался с врагом.

Одного из партизан привезли в госпиталь без надежды на выздоровление. Несколько часов его несли товарищи от места боя до ближней деревни по лесу и болоту. Обескровленного, без сознания, положили его на операционный стол. Хирурги Сокол и Ваневский произвели сложную операцию, и раненый выжил.

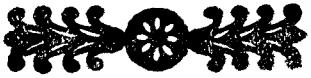
Девятнадцатилетний Борис Симкин был доставлен с поля почти без признаков жизни. Разрывом вражеского снаряда у Симкина была раздроблена кисть руки. Кроме того, он имел серьезные ранения в грудь и голову. Два дня он не приходил в сознание.

Врачи-хирурги Сокол и Ваневский заверили командование:

— Симкин будет жить!

От его постели ни на минуту не отходили врач и санитарка. Врачи имели в своем распоряжении лишь самые примитивные инструменты. Однако операция была сделана, и Симкин остался жить.

Десятки партизан прошли через лесной госпиталь и снова встали в строй. И каждый из них уносил с собой чувство любви и благодарности к тем людям, которые своим самоотверженным трудом помогли им вернуться в строй.



Начальник санитарной службы *N*-ского соединения, полковник медицинской службы В. Н. Павловский награждает медицинских работников значками „Отличник санитарной службы".

ГЕРОИ-МЕДИКИ

ЗОЛОТЫМИ страницами навсегда войдут в историю великие подвиги Красной Армии на берегах Невы — оборона блокированного города-героя, стремительный прорыв зловещего кольца фашистов, мощно развернувшееся победоносное наступление.

Эти подвиги — результат массового героизма подлинных сынов и дочерей великого народа, бесстрашно вставших лицом к лицу с озверелым врагом, посягнувшим на гордость нашей страны — величественный город Ленина.

Плечом к плечу с воинами Красной Армии шли военные медики — врачи, фельдшера, медицинские сестры, санитары. Не щадя жизни, в суровой боевой обстановке, под артобстрелом и пулеметно-ружейным огнем скромно и просто выполняли они свой воинский долг. Немало из них пало смертью храбрых на поле боя, — вечная память им, беззаветным героям, положившим жизни свои за то, чтоб родина была счастливой! Многие были ранены и оставались работать на своих почетных и ответственных постах, многие отмечены высокими правительственными наградами за мужество и заслуги перед народом, — слава, почет и уважение им от всех, в ком бьется горячее сердце советского патриота!

Мы лишены возможности воздать должное на страницах нашего журнала каждому из отличившихся в борьбе за родной город ленинградцев — военных медиков: их тысячи. Мы отметим здесь лишь лучших из лучших — тех, чьи славные дела должны служить ярким, достойным подражания примером для всех наших военно-медицинских работников.

ПОБЕДА НАД СМЕРТЬЮ

Что такое работа военного медика? Это каждодневная упорная борьба со смертью. Майор медицинской службы Александр Дмитриевич Агушев одержал немало побед в этой борьбе, требующей столько знаний, искусства, смелости и хладнокровия. Будучи командиром операционно-перевязочного взвода медико-санитарного батальона, он сделал более двухсот чревосечений и много других сложных операций.

С неподражаемой выдержкой Александр Дмитриевич производил эти операции в самой рискованной обстановке, вплоть до минометного обстрела пункта.

Большое количество восторженных писем, получаемых им от вырванных из когтей смерти воинов Красной Армии, — достойная для него награда.

Правительство же наградило Александра Дмитриевича Агушева медалью «За боевые заслуги» и орденом «Красная Звезда».

В СТРАДНЫЕ БОЕВЫЕ ДНИ

Много бойцов выписал в строй хирургический коллектив N-ского госпиталя для легко раненых, особенно в момент прорыва блокады Ленинграда.

Коллективом талантливо руководит ведущий хирург — капитан медицинской службы Ефим Вуколович Курликов.

Важная черта его руководства — смелое и настойчивое использование новых, усовершенствованных методов лечения. Примененное им за последнее время в 1853 случаях сближение краев ран резко сократило срок излечения больных, доведя его в среднем до 15—20 койко-дней. К таким же результатам привела и глухая гипсовая повязка.

Обладающий тонким искусством подхода к больному, обаятельный в своих отношениях с товарищами, Ефим Вуколович снискал себе общую любовь и уважение. А какое это имеет значение — показали страдные дни наступательных боев, когда ни опасная обстановка, ни наплыв раненых не могли помешать четкой, дружной работе медицинского коллектива.

Ефим Вуколович Курликов с первых дней Отечественной войны участвовал в боях на Западном, Волховском и Ленинградском фронтах в составе госпиталя для легко раненых. За свою выдающуюся боевую медицинскую деятельность он получил от Правительства награды: медаль «За оборону Ленинграда» и орден «Красная Звезда».

ПОД ПРИЦЕЛЬНЫМ ОГНЕМ

Полк — в наступлении. Враг, отходя на запад, остервенело бьется за каждый населенный пункт. На подступах к селу N. немцы собрали бронированный кулак и организовали круговую оборону.

Полк методически наступает. Падают раненые. Ротные санитары-носильщики, пренебрегая опасностью, оказывают первую помощь, выносят раненых товарищей в укрытые места. Но никто не сравнится в мужестве, смелости и находчивости с санитаром Васильевым.

Он не ожидает приказаний. Продвигаясь перебежками в цепи наступающих, он зорко поглядывает по сторонам. Вот, вскрикнув, свалился на бок красноармеец. Васильев спешит на помощь. Фашистский пулеметчик заметил. Начинается дерзкая игра со смертью. Санитар не дает прицелиться. Он бросается из стороны в сторону, путает, сбивает с толку врага. И в то же время постепенно, зигзагами, приближается к раненому. Сколько нужно храбрости, выдержки, сметки! И вот уже санитар подле раненого. Быстро оттащив бойца под пригорок, он перевязывает его, поит водой из фляги.

— Отдохни, братишка, — говорит он дружески. — Здесь не опасно. А я тем временем еще к тебе кого-нибудь доставлю. Чтоб не скучно было.

И снова ползет туда, где завывают мины, разрываются снаряды, стучит пулемет.

Так работает Петр Прокофьевич Васильев.

Около пятидесяти раненых с их оружием вынес он с поля боя. Многих из них — под прицельным ружейно-пулеметным огнем.

За героическую помощь раненым бойцам и офицерам санитар П. П. Васильев награжден орденом «Красное Знамя».

ВО ИМЯ ЛЮБВИ К РОДИНЕ

Несмотря на молодость, старший лейтенант медицинской службы Нина Ивановна Леничева пользовалась огромным авторитетом. Ей едва минуло двадцать пять лет как она была назначена начальником приемно-сортировочного отделения N-ского госпиталя. Всегда бодрая, жизнерадостная, она никогда не повышала голоса, ей почти не приходилось приказывать. Подчиненные без слов, без приказаний, с большой готовностью выполняли работу. Вскоре Нина Ивановна получила ответственное задание на передовых позициях. Блестяще справившись с ним, радостная, оживленная, вернулась она в госпиталь, где уже из уст в уста передавались подробности ее героической, самоотверженной работы под вражеским огнем. Через две недели в госпиталь пришло извещение о награждении Нины Ивановны Леничевой орденом Отечественной войны II степени.

2 мая 1943 г. утром госпиталь подвергся интенсивному артиллерийскому обстрелу. Вокруг падали снаряды. Здание вздрагивало от взрывов, со звоном сыпались разбитые стекла. Среди грохота и воя снарядов с удивительным хладнокровием, ровным голосом отдавала распоряжения Нина Ивановна. В ее присутствии никто не смел волноваться. Она сама взялась за переноску больных в укрытия и после этого стала спокойно принимать вновь прибывающих раненых. В то время, когда она оказывала неотложную помощь пострадавшим, в приемном покое разорвался снаряд. Нина Ивановна была убита наповал.

Так на боевом посту во имя любви к Родине погибла достойная дочь ее — Нина Ивановна Леничева.

В БОЯХ ЗА ХАНКО

Славные защитники полуострова Ханко жили тесной, дружной семьей. Это помогало им стоически переносить осаду, мужественно отражать непрерывные яростные атаки с моря, суши и воздуха.

Гвардии старший лейтенант медицинской службы Зинаида Сергеевна Коссодубская была достойным членом этой героической семьи. В полевом подвижном госпитале, где она работала в качестве старшей сестры хирургического отделения, ее искренне уважали и любили. Никто никогда не слышал от Зинаиды Сергеевны ни слова жалобы на невероятно тяжелые условия, в которых протекала работа. Всякий заражался ее бодростью, энергией, упорством в преодолении возникавших то тут, то там затруднений. Характерная ее особенность: чем опаснее была обстановка, тем более четкой, спокойной и уверенной становилась ее работа. А это поднимало дух у окружающих, сообщало такую же уверенность в действиях нервным и слабым людям.

Эти неоценимые качества хирургической сестры сослужили большую службу госпиталю во все время ожесточеннейших боев на полуострове Ханко. За подлинно самоотверженную работу в этих боях правительство наградило Зинаиду Сергеевну медалью «За боевые заслуги».

Еще выпуклее и ярче сказались мужество и храбрость сестры Коссодубской во время прорыва блокады Ленинграда. Она положительно забывала о себе, целиком отдаваясь уходу за ранеными в самой опасной боевой обстановке. Работа ее этого периода отмечена была новой правительственной наградой — орденом «Красная Звезда».

В качестве активной участницы защиты города Ленина Зинаида Сергеевна получила медаль «За оборону Ленинграда».

Гвардии старший лейтенант медицинской службы Зинаида Сергеевна Коссодубская выполняет свой долг перед Родиной по-гвардейски.

БЕССТРАШИЕ И САМООТВЕРЖЕННОСТЬ

Июнь 1941 г. Жестокие, кровопролитные бои. Вероломно и внезапно напавший враг с огромными потерями продвигается вперед. Наши войска пядь за пядью защищают родную землю. В одном из населенных пунктов расположился полевой госпиталь.

Врачи, фельдшера, сестры, санитары валятся с ног от усталости. Раненые прибывают. В самый разгар напряженной работы появляются фашистские воздушные бандиты. В расположение госпиталя летят бомбы, льются свинцовые струи из пулеметов. Минутная нерешительность, смущение среди работников. Но уверенный тон начальника госпиталя, мужественная стойкость и спокойствие тех, кто в любой обстановке верен своему долгу, быстро восстанавливают положение. Работа продолжается.

Громовой взрыв. Вздрогнули стены, зазвенели падающие стекла. В один из корпусов попала бомба. Есть жертвы среди раненых и персонала. Работа не приостанавливается.

Среди мужественных людей госпиталя, спокойно выполнявших в эти минуты свои обязанности, — медицинская сестра Тося Крапивина. Ей двадцать лет. Всю свою жизнерадостную молодость она, не колеблясь, ежеминутно отдает великому делу самоотверженного служения родине.

Утром Тосю вызвал к себе начальник госпиталя и, с сожалением посмотрев на измученную бессонной, напряженной ночью девушку, приказал ей сопровождать машины с ранеными.

Под командой Тоси — три санитарные машины. В каждой по шесть тяжело раненых. Сестра сидит рядом с шофером головной машины. Временами она останавливает свою колонну, быстро обходит раненых, — кого напоит, кого успокоит — и снова дальше.

И вот на полпути опять фашистские самолеты. По счастью — близко лес.

— Стоп! — говорит сестра шоферу.

Быстро вместе с ним она перенесла раненых под деревья. И во-время. От эскадрильи отделились два бомбардировщика. Они спикировали на дорогу и дали несколько пулеметных очередей. Один погнался за последним раненым, которого Тося с шофером уносили в лес. Страшной силы взрыв повалил деревья. Тося на минуту потеряла сознание. Очнувшись, она огляделась. Рядом лежали шофер и выпавший из носилок раненый. Сестра окликнула их. Оба пошевелились и что-то сказали, но Тося не расслышала. Она была контужена.

Еще три бомбы упали в разных местах, но далеко. У воздушных разбойников не было прицела. Скоро они удалились. Тося отряхнулась от земли и улыбнулась шоферу:

— Ну, вот и отбой. Поехали дальше.

Это было боевым крещением Тоси Крапивиной. Так же бесстрашно и самоотверженно работает она вот уже два с лишним года.

В полевых медицинских палатках Тося умеет создать домашний уют. На окнах у нее — вышитые занавески, на тумбочках — салфетки, на лампе — абажур из разноцветных кусочков материи. Ее любят раненые, врачи и сестры госпиталя.

Тосе Крапивиной вручен значок отличницы санитарной службы. Она награждена медалями «За боевые заслуги» и «За оборону Ленинграда».

Вместе со своим полевым госпиталем Крапивина проделала славный боевой путь. Она участвовала в историческом прорыве блокады Ленинграда.

В ПЕРЕДОВЫХ РЯДАХ

В сентябре 1941 г. Таня Юдина добровольно пошла в армию и, как окончившая фармацевтический институт, была зачислена начальником аптеки стрелкового батальона. В мае 1942 г. она в той же должности была переведена в полевой подвижной госпиталь первой линии.

Отважная девушка не ограничивалась выполнением только своих официальных обязанностей. Получая ответственные задания, она с группой санитаров-носильщиков бросалась в самую гущу боя, оказывая первую помощь раненым. За самоотверженное выполнение таких заданий Таня в сентябре 1942 г. была награждена медалью «За боевые заслуги».

Долгожданное славное наступление войск Ленинградского фронта. Прорыв двухлетней блокады великого города. Таня — в передовых рядах наступающих. Она с увлечением, с благородной страстью работает на самых опасных боевых участках.

1 февраля фашистские бомбардировщики появились над расположением отдельной стрелковой бригады. Заметив укрытый в рощице полевой подвижной госпиталь, они не отказали себе в удовольствии сбросить на него серию бомб. Осколком у Тани оторвало руку.

— Только не отправляйте в тыл, — едва слышно попросила Таня, когда ее принесли в перевязочную.

Желание ее было исполнено. Она лечилась в своем полевом подвижном госпитале.

Татьяна Алексеевна Юдина и по настоящее время продолжает работать на фронте. Награждена орденом «Красная Звезда».

В. Черевков

ПИСЬМА ВОЗВРАЩЕННЫХ В СТРОЙ

Каждый день полевая почта доставляет в госпитали письма от находившихся в них на излечении раненых и вернувшихся в строй. Эти безыскусственные письма, написанные от глубины сердца, согреты горячим чувством благодарности за возвращенное здоровье, за спасенную жизнь, за вновь обретенную полноценность советского человека, готового жить радостями и горестями своей страны, готового защищать ее до последнего вздоха.

«Каждый из нас уносит на фронт частицу вашего труда», — пишут в госпиталь бойцы и командиры 3-й гвардейской пулеметной роты.

Эти слова звучат из самой глубины сердца. Большую радостную удовлетворенность от своей работы получит, прочтя их, каждый военный медик.

Ниже мы помещаем несколько писем.

* * *

Мы — на пути к возвращению в строй, и этим мы обязаны вам, работникам госпиталя. Сердечно, тепло, с большим уважением и любовью вспоминаем мы вас, дорогие товарищи, — как самых близких и родных людей. Ваш благородный труд, ваше умение, опыт, знания, ваше искусство, ваши забота и внимание не забудутся никогда. Каждый из нас уносит на фронт частицу вашего труда. Преследуя и уничтожая врага днем и ночью, боец помнит это и, по-своему, по-фронтовому, благодарит вас, медицинских работников: это ваша забота дала ему возможность продолжать боевую жизнь, совершать такие боевые дела, которыми восхищается все передовое человечество. Во имя победы над врагом вы, медработники, выполняете самую благородную, самую почетную задачу: максимально быстро и надежно возвращать бойцов в строй. Ваш гуманитарный труд в соединении с боевой выучкой бойца составляет необходимое условие победы. Шлем вам боевой братский привет. От всей души желаем вам удач, здоровья и бодрости. Мы, бойцы, клянемся вам еще сильнее, еще упорнее громить врага до полного изгнания его из пределов нашей земли. Слава нашей родине! Все силы на разгром врага.

По поручению бойцов и командиров 3-й пулеметной роты

Гвардии сержант *Романов*, Гвардии старшина *Галиенко*

Гвардии красноармейцы *Павлов, Семенюк*

* * *

8 июня я прибыл в глазное отделение госпиталя, считая, что лишен зрения навсегда. Мне кажется, раз пять сама начальник отделения майор медицинской службы тов. Акимочкина промывала мне глаза от земли и мелких осколков мины. Через трое суток я стал видеть на левый глаз. А правым я совсем не предполагал видеть, считая его потерянным; когда открывал его, то было мне видно, что он налит кровью — и больше ничего. Тов. Акимочкина приступила к лечению; прошло десять дней—и правый глаз видит

на 50%. Не одному мне спасено зрение. Много нас, таких, как я, и всем нам со всем усердием стараются круглосуточно оказывать помощь. За эти заботы о нас мы горячо благодарим наших славных специалистов и весь медицинский персонал. Мы возвращаемся в строй, и кровавому Гитлеру придется расплатиться за все страдания, которые перенес из-за него советский народ.

Ефрейтор *Ципилев*

* * *

...Выполняя боевое задание, я потерял зрение. В госпитале меня лечила военврач тов. Протасова. Только благодаря умелому лечению и чуткому уходу зрение вернулось ко мне. С радостью прибыл я в свою часть и буду продолжать истребление фашистских извергов. Здесь я часто вспоминаю и сердечно благодарю тов. Протасову за то, что она вернула меня в строй.

Агеенко

* * *

...Привезли меня раненого, сразу осмотрели, потом няни понесли на носилках в баню, вымыли, положили на кровать. Матрац мягкий, подушки пуховые, простыни, одеяло чистенькие. Минут через 15—20 подали мне обед. В перевязочной я увидел врача Марию Прокофьевну Кучеренкову. Посмотрела она внимательно рану. «Ничего, — говорит, — вылечим, не беспокойтесь, но придется полежать, пока не позволю встать»... Прошли дни. Разрешили мне встать, ходить на костылях. Вылечила меня тов. Кучеренкова. Она очень обходительная, и за это ее уважают все больные. Няни в нашей палате, Е. Холудникова и Е. Лотина, работают с душой. Когда моют пол, то делают это так тихо, что больной спит и даже не слышит. А сестра-хозяйка И. Хромова часто заходит в палату, беседует, а то и книжку или газету почитает.

За внимание и заботу мы благодарны Родине. И еще крепче будем бить немца!

Красноармеец *С. Степанов*

* * *

...Когда меня доставили в госпиталь, я не думал, что мне сохранят ногу. Это был почти решенный вопрос. И как же мне благодарить этих замечательных людей, сохранивших мне жизнь, сохранивших меня как полноценного командира для армии. Прежде всего я хочу принести свою глубокую благодарность врачу, капитану медицинской службы Иде Наумовне Штейнберг. Она много сделала для того, чтобы я выздоровел. Я хочу поблагодарить также за внимание и заботу подполковника Позняка, майора Отдельного, капитана Вайханского, медицинскую сестру Нину Семеновну.

В боях с немецкими бандитами я оправдаю заботу и внимание нашего замечательного советского народа.

Лейтенант *А. А. Моисеев*

* * *

....Я был ранен в бою. Это было мое четвертое ранение. Меня доставили в госпиталь. Здесь, благодаря замечательному уходу и умелому лечению, я быстро поправился. Врач, старший лейтенант медицинской службы товарищ Лиознова и медицинская сестра Мария Григорьевна Жгун исключительно заботливо отнеслись ко мне. Благодаря их самоотверженности, — они уделяли мне много времени и внимания — я скоро выпишусь и снова пойду громить немецких оккупантов.

Я сердечно благодарю наших славных врачей, медицинских сестер и санитарок за их заботу о бойцах Красной Армии.

Старший сержант Николай *Малинин*

* * *

...Уходя из госпиталя, мы, бойцы, пробыв на излечении около месяца и видя, что здесь за нами был сердечный уход, теплая забота, выносим наше красноармейское спасибо всем работникам госпиталя и особенно лечившим нас врачам и старшим медицинским сестрам Козловой и Пантелеевой. Придя в часть, мы постараемся крепче отомстить проклятым немцам и побольше уничтожать их за все раны, которые они нанесли нам и нашей родине.

Боец *Могилин*

Родная Эмилия Ивановна!

За спасенную мне жизнь я всегда буду считать Вас своей матерью. Кончится война, вернусь и буду оберегать Вашу старость до последних дней Вашей жизни.

Красноармеец-разведчик Андрей *Мазуренко*

Кружок художественной самодеятельности в N-ском госпитале.

* * *

Начальнику 5 хирургического отделения, майору медицинской службы З. Н. Павловской.

Врачу отделения, майору медицинской службы С. В. Мосоловой.

Мы, офицеры, бывшие у вас на излечении в 13 палате, горячо благодарим вас за все и желаем дальнейших успехов в деле возвращения в строй воинов Красной Армии. Находясь в госпитале, мы ежеминутно чувствовали вашу материнскую заботу и ласку.

Капитан *Королев*,
старший лейтенант *Дюжинин*,
лейтенант *Кахелашвили*

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

Ф. А. Копылов. Техника ампутации 3
П. А. Алесковский и Н. П. Занадворов. Медсанбат во время прорыва блокады 11
В. А. Карелин. Ранения грудной клетки 15
С. М. Симонов. Переливание крови 25
А. М. Марков. Борьба с желудочно-кишечными заболеваниями в войсковом районе 29
Н. М. Викуленко. Медицинское обеспечение N-ского стрелкового полка в наступлении 32
С. Т. Шубин. Санитарная служба N-ского стрелкового полка в наступательной операции 36
А. А. Брюхов. Работа санитарного взвода батальона во время прорыва блокады 40
И. П. Кравченко. Санитарное обеспечение стрелкового батальона в наступлении 44
Ф. П. Медяник. Батальонный медицинский пункт во время боевой операции 47
Е. Т. Владимирова. Вынос раненых из ротного района на батальонный медицинский пункт 49
А. М. Канн. Санитарное отделение роты при форсировании реки 51
И. Д. Белецкий, В. А. Быховцев и И. М. Наймушин. О подготовке санитаров и санитаров-носильщиков 53
С переднего края 54
В. А. Белкин. Медицинская помощь в партизанских отрядах 57
Г. М. Богданов. Госпиталь в тылу противника 61
М. Абрамов. Медицинская помощь раненым партизанам 63
Герои-медики 65
Письма возвращенных в строй 69

ОПЕЧАТКИ

по „Военно-медицинскому журналу" за июнь 1944 г.

стр.	строка	Напечатано	Следует читать
14	3-я снизу	115 мм : X = 76 мм : 45 мм	115 мм : X = 76 мм : 4,5 мм
22	7-я „	обследовать	обсервировать

Заказ 386

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
КРАСНОЙ АРМИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ
Ответственный секретарь
полковник медицинской службы С. М. БАГДАСАРЬЯН

Члены редколлегии:
генерал-лейтенант медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН,
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ

ИЮНЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1944

НАЧАЛЬНИКУ ЦЕНТРАЛЬНОГО ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ НКО ИМЕНИ П. В. МАНДРЫКА ГЕНЕРАЛ-МАЙОРУ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ТОВ. КОРОВАЙ В. А.

Поздравляю офицерский и вольнонаемный состав Центрального военного госпиталя НКО имени П. В. Мандрыка с 25-й годовщиной, высокими правительственными наградами и желаю новых успехов в деле лечения доблестных защитников нашей Родины — офицеров Красной Армии.

И. СТАЛИН

УКАЗ ПРЕЗИДИУМА ВЕРХОВНОГО СОВЕТА СССР

О НАГРАЖДЕНИИ ОРДЕНОМ КРАСНОГО ЗНАМЕНИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ НКО ИМЕНИ П. В. МАНДРЫКА

В ознаменование 25 годовщины и за заслуги в области лечения раненых и больных офицерского состава Красной Армии наградить Центральный военный госпиталь НКО имени П. В. Мандрыка орденом Красного Знамени.

Председатель Президиума Верховного Совета СССР
М. КАЛИНИН

Секретарь Президиума Верховного Совета СССР
А. ГОРКИН

Москва, Кремль. 16 мая 1944 года

НАЧАЛЬНИКУ 340 ТАШКЕНТСКОГО ОКРУЖНОГО ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ ПОЛКОВНИКУ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ТОВ. СЫРНЕВУ

Поздравляю офицерский и вольнонаемный состав 340 Ташкентского Военного Госпиталя с 75-й годовщиной, высокими правительственными наградами и желаю новых успехов в деле лечения доблестных защитников нашей Родины — бойцов и офицеров Красной Армии.

И. СТАЛИН

Полковник медицинской службы заслуженный деятель науки
В. В. ГОРИНЕВСКАЯ

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ГОСПИТАЛЯХ ДЛЯ ЛЕГКО РАНЕНЫХ

В дни Великой отечественной войны впервые в истории военно-санитарной службы лечение легко раненых развернулось в стройную систему, завершившуюся созданием в армейском и фронтовом районах специализированных госпиталей особого типа — госпиталей для легко раненых (ГЛР).

Задача этих госпиталей — максимально быстрое восстановление боеспособности раненых воинов. Для решения этой задачи используются в определенной последовательности наилучшие методы современной медицинской науки. Лагерная обстановка отнюдь не снижает качества лечения. Соответствующий режим и строгий распорядок дня дают возможность максимально использовать время не только для лечения повреждений, но и для укрепления и закаливания всего организма.

Раннее поступление раненых в госпиталь и пребывание их под наблюдением одних и тех же врачей дают возможность сразу же наметить план лечения и указать в определенной последовательности и сочетании комплекс функциональных методов лечения, а также предполагаемые сроки выздоровления и выписки.

Для четкой организации лечения, схватывающего всех легко раненых в ГЛР, необходим подбор однородных контингентов. Начиная с медико-санитарного батальона, должна производиться четкая сортировка с выделением потока условно именуемых легко раненых, направляемых непосредственно в ГЛР. Срок лечения определяется до 30 дней в армейском и до 60 дней во фронтовом госпитале для легко раненых.

Согласно «Указаниям Главного военно-санитарного управления Красной Армии», в госпитали для легко раненых направляют получивших ранения мягких тканей без повреждения нервов, крупных сосудов, костей и суставов. Во фронтовые ГЛР направляют получивших более обширные ранения мягких тканей, а также ранения кисти, пальцев и предплечья с повреждением кости, если эти повреждения не связаны с большими смещениями и разрушениями костей и суставов, требующими больших сроков лечения. Получившие ранения, сопровождающиеся развитием острогнойной инфекции, требующие ухода и длительного лечения, в госпитали для легко раненых не направляются.

Разделение легко раненых на роты, согласно локализации ранения, и на взводы, в зависимости от периода лечения, дает возможность систематически проводить комплексное лечение больших групп раненых с однородными повреждениями.

Комплексное лечение состоит в одновременном или последовательном применении:

хирургических (и ортопедических) методов воздействия; лечебной физкультуры (локальной, групповой и общей гимнастики); физической подготовки; закаливания; физиотерапии (преимущественное использование природных факторов); трудотерапии и трудпроцессов; боевой (строевой) подготовки.

Комплексное лечение, состоящее в научно обоснованном сочетании методов местного и общего воздействия, направлено на ускорение заживления раны, восстановление утраченной функции и закаливание и укрепление всего организма.

В каждом отдельном случае необходимо поставить развернутый анатомический и функциональный диагноз и зафиксировать его в истории болезни. На основании диагноза, отражающего все повреждения тканей и органов, а также расстройства функций, можно составить индивидуальный план комплексного лечения раненого и наметить течение выздоровления.

Для этого надо: во-первых, хорошо помнить анатомию данной области, во-вторых, знать характер ранящего оружия, положение пострадавшего в момент ранения, точное расположение входного и выходного отверстия и, наконец, в-третьих, при слепых ранениях пользоваться рентгенографией.

Диагноз «повреждение мягких тканей» должен быть расшифрован. Он не анатомичен и включает в одно понятие повреждения кожи, подкожной клетчатки, мышц, сухожилий, нервных стволов и сосудов. Эти повреждения в истории болезни нужно отмечать особо.

Больные с повреждениями крупных сосудов и образованием пульсирующих гематом и аневризм направлению в госпиталь для легко раненых не подлежат. Больные с повреждениями крупных нервных стволов и сухожилий не задерживаются в госпитале для легко раненых.

Повреждения мышц требуют умелого сочетания покоя и движения.

В госпитале для легко раненых ведущая роль в лечении принадлежит хирургии и лечебной физкультуре.

Хирургическое лечение выражается: в первичной (ранней или поздней) обработке раны, в хирургических мероприятиях, способствующих закрытию раны (швы и стягивающие повязки), в борьбе с осложнениями (разрезы, вскрытие затеков, удаление инородных тел), в предупреждении и лечении остеомиэлитов костей кисти и пальцев; в пластических операциях, ускоряющих закрытие кожных дефектов.

В одном из фронтовых госпиталей для легко раненых на 4 280 больных произведено 1 917 операций (исключая наложение вторичных швов), а именно: в 16,9% — первичная обработка, в 33,2% — поздняя обработка и иссечение ран, в 30,3% — ампутации и экзартикуляции пальцев, в 9,1% — разрезы по поводу гнойных осложнений, в 5,7% — удаление инородных тел, в 4,8% — пластические операции.

Хирургическое лечение в госпитале для легко раненых начинается с обработки ран, которая производится по общим правилам

в зависимости от показаний, локализации и характера ранения. Она заключается в иссечении или в рассечении огнестрельного канала с удалением размозженных тканей, инородных тел и осколков кости.

Сквозные пулевые ранения, которые у легко раненых составляют больше 50%, обычно заживают под струпом. Первые дни такие раненые должны находиться под особым контролем и наблюдением лечащего врача.

Слепые осколочные ранения должны подвергаться радикальной обработке, независимо от срока поступления пострадавших.

С особенным вниманием производится обработка ран предплечья, кисти и пальцев, которые в госпитале для легко раненых составляют не меньше 25%. Иссечение краев раны делается на расстоянии 2—3 мм. Глубокие очаги инфекции требуют широкого раскрытия раны. Раневой канал также должен быть полностью раскрыт и обработан.

Рассечение канала (под футлярной анестезией) производится систематично. Послойно рассекают кожу, подкожную клетчатку, фасции, апоневроз; тупыми крючками широко раздвигают мышцы и сухожилия; неповрежденные сосуды и нервные стволы бережно отодвигают в стороны. Постепенно проникая вглубь, доходят до дна раны, тщательно иссекая обрывки размозженных мышц и апоневроза, однако не нарушая при этом целости сухожилий, в которых еще сохранились жизнеспособные волокна. При наличии перелома отломки, связанные с основной костью, удаляют поднадкостнично. Обнаруженные в ране инородные тела тут же извлекаются. Под контролем глаза сломанные концы костей устанавливают правильно, рану засыпают стрептоцидом, конечность фиксируют в функционально выгодном положении.

От тщательности первичной обработки зависит полнота и сроки восстановления функции.

Применение антисептических средств имеет значение главным образом в первом периоде лечения раны. Для ускорения заживления раны надо способствовать сближению краев раны и улучшению кровообращения в поврежденном органе.

Лечебная физкультура в виде локальной лечебной гимнастики, а также методов общего воздействия на весь организм пострадавшего неотступно следует за хирургическим вмешательством, то отходя на второй план, то выступая на первое место. Борьба за сохранение и восстановление функции начинается с первых дней лечения; при правильном лечении функция должна восстановиться одновременно с заживлением раны.

Физиотерапевтические средства имеют большое вспомогательное значение при лечении ран и восстановлении функции.

Закрытие раны совершается при помощи наложения швов или путем стягивания раны липким пластырем.

Различают отсроченные, ранние вторичные и поздние вторичные швы.

Если раненый прибывает в госпиталь через два-три дня после того, как в медико-санитарном батальоне ему была произведена радикальная обработка, и если нет ни отека, ни воспалительной реакции в окружности раны, то в условиях госпиталя для легко раненых можно сразу произвести сближение краев раны. При более позднем поступлении раненых из медико-санитарного баталь-

она или полевого подвижного госпиталя можно наложить так называемый ранний вторичный (или поздний отсроченный) шов, который в этих случаях можно иногда накладывать под слоем грануляций и без предварительного иссечения раны.

При хорошо очищающихся ранах, предварительно обработанных в медико-санитарном батальоне, наилучшие результаты дает сближение краев раны при помощи полосок липкого пластыря.

Когда гранулирующая рана рубцуется по краям, а развившиеся вокруг нее рубцы задерживают дальнейшее заживление, наложение вторичных швов без предварительного иссечения рубцов не дает хороших результатов. В этих случаях после иссечения вместе с грануляциями рубцовой ткани накладывают послойно вторичные швы.

Перед наложением вторичного шва необходима подготовка операционного поля и самой раны облучением кварцем и соллюксом, а летом и весной гелиотерапией. Местно для очистки раны применяют гипертонические растворы.

После наложения швов на раны конечностей для иммобилизации накладывается на несколько дней гипсовая шина. При ранах нижних конечностей необходимо постельное содержание и высокое положение конечностей в течение нескольких дней, чем обеспечивается полный покой поврежденного участка. Активные движения в соседних суставах и движения здоровой конечностью способствуют улучшению общего кровообращения. Соллюкс и кварц на соседние участки применяются на третий-четвертый день.

Для получения хороших результатов необходимо отсутствие натяжения при наложении швов.

Раны плоские, особенно над костной тканью, стягиваются швами с трудом, и швы легко прорезаются. В этих случаях гораздо выгоднее после предварительной подготовки гранулирующей поверхности (кварц и соллюкс) производить пересадку кожи по Тиршу или по Дэвису.

Чрезвычайно эффективно применение бесподстилочных гипсовых повязок, накладываемых непосредственно на рану на десять-пятнадцать дней. Гипс прекрасно всасывает раневое отделяемое, рана хорошо очищается и очень быстро эпителизируется.

При лечении долго не заживающих ран, расположенных на кости, чрезвычайно эффективно применение непосредственно на рану горячих парафиновых повязок.

Указанные мероприятия ускоряют заживление ран, способствуя быстрому и полному закрытию их. Однако там, где рана окружена плотным рубцом, заживление обычно не может быть доведено до конца. Самым радикальным средством, предупреждающим чрезмерное развитие рубцовой ткани, является возможно раннее полное иссечение всей рубцующейся раны с наложением вторичных швов.

Наличие малоподвижной и неэластичной рубцовой ткани ограничивает функцию поврежденного органа и может вызвать стойкие контрактуры, глубоко нарушая функцию конечности. Подобное происходит также при вовлечении в рубцы сухожилий и нервов.

Своевременным наложением вторичных швов или ранним сближением краев раны иными способами развитие рубцовой соединительной ткани сводится к минимуму; заживление раны ускоряется и предупреждается развитие рубцовых контрактур и тугоподвижности суставов. Быстрое закрытие раны дает возможность раннего и более широкого применения лечебной физкультуры.

Заживление раны может задерживаться в связи с наличием в глубине ее некротизирующихся костных секвестров или инородных тел. В этих случаях необходимо как можно скорее широко иссечь свищевой ход и удалить инородное тело, сделав предварительно рентгеновский снимок или фистулографию.

Показанием к удалению инородных тел является: а) наличие свищевого хода, б) болевые ощущения, вызванные давлением инородного тела на нервные стволы, в) расположение инородного тела, задерживающее свободные движения. Если инородное тело находится в суставе, в области сухожилий, нервов или суставов, сильно затрудняя движения, оно подлежит извлечению, которое должно быть произведено как можно раньше под контролем рентгена.

Для быстрого восстановления функции при повреждениях опорно-двигательного аппарата необходимо умело сочетать покой и движение. Для этого производится иммобилизация поврежденного органа в функционально выгодном положении при помощи гипсовых повязок.

Иммобилизация кисти, пальцев и предплечья производится не только при подозрении на ранение костей и суставов, но и при повреждениях мышц, сухожилий и нервов, а также при обширных дефектах кожных покровов. Иммобилизация достигается хорошо моделированными гипсовыми лонгетами, удерживающими кисть и предплечье в функционально выгодном положении.

При сквозных пулевых ранениях области плечевого, локтевого, лучезапястного и даже коленного сустава, протекающих без воспалительных явлений, необходимо для сохранения движений в этих суставах придать им функционально выгодное положение и как можно раньше начать систематические дозированные упражнения.

Съемные гипсовые повязки не должны быть слишком тяжелыми и не должны применяться слишком долго.

При повреждении мощных групп мышц гипсовые лонгеты, удерживающие конечность в функционально выгодном положении до полного восстановления функции, снимают только на время занятий по лечебной физкультуре.

Временная иммобилизация необходима также при всех воспалительных явлениях, осложняющих течение ранений конечностей, при отеках и расстройствах крово- и лимфообращения.

Одну из серьезнейших задач комплексного лечения составляют ранения кисти и пальцев. Это анатомически и функционально сложный отдел конечности, в котором в тесном контакте на небольшом пространстве сосредоточены кости, суставы, сухожилия, нервы и сосуды. Содружественная функция пальцев очень легко исчезает при малейшем нарушении целости хотя бы одного из них.

При обширном повреждении одного из пальцев, сопровождающемся разрушением костей и суставов, встает вопрос об его ампутации (или экзартикуляции).

Сохранение каждого пальца имеет значение для функции всей кисти в целом. Однако опыт показывает, что при попытках сохранения тяжело поврежденного пальца чаще всего развивается остеомиэлит и гнойный артрит, сопровождающийся гнойным тендовагинитом; многомесячный процесс заканчивается анкилозом пальца в невыгодном положении, нарушающем функцию кисти. Мало того, во время лечения одного пальца надолго нарушается функция всех остальных вследствие длительного бездействия и вынужденного положения. Отсюда вытекает необходимость при наложении гипсовых лонгет на предплечье, кисть и больной палец оставлять свободными все остальные пальцы и не переставать их упражнять во все время лечения.

Пытаясь сохранить тяжело поврежденный палец, следует постоянно следить за сохранением функции всей кисти в целом. Поэтому, начиная с первичной обработки и в течение всего периода лечения, мы по-разному подходим к сохранению каждого пальца, учитывая его функциональное значение, возможности восстановления функции и сроки заживления.

Особенно бережно мы относимся к сохранению большого и указательного пальцев. Большой палец мы стараемся сохранить во что бы то ни стало, хотя бы в состоянии анкилоза. Что же касается III и IV пальцев, то при раздроблениях средних фаланг и при огнестрельных переломах эпифизов средних фаланг, сопровождающихся межфаланговыми артритами, обычно дело заканчивается анкилозом в невыгодном положении. Поэтому, как только выяснится, что в среднем межфаланговом суставе III и IV пальцев развивается гнойный артрит или остеомиэлит одной из фаланг и сохранение функции здесь невозможно, следует немедленно экзартикулировать палец в пястно-фаланговом суставе со скусыванием головки III и IV метакарпальной кости (сохранение ее затрудняет замыкание кисти и захватывание некоторых предметов).

Сказанное не относится к сквозным пулевым ранениям тех же пальцев, протекающим без гнойных осложнений. В этих случаях хорошая фиксация и систематические ранние движения возвратили функцию этих пальцев и всей кисти многим сотням раненых.

При раздроблении концевых фаланг всех пальцев излишний консерватизм может повести к развитию остеомиэлита и надолго удлинить лечение без хорошего функционального результата. В этих случаях показана ранняя резекция концевой фаланги с сохранением удобной культи, прикрытой хорошим ладонным или боковым лоскутом. Абсолютно противопоказано забинтовывание всех пальцев вместе или прибинтовывание больного пальца к здоровому. Больной палец следует фиксировать и перевязывать изолированно, оставляя полную свободу движений для всех остальных. При наличии ампутационной культи пальца надо приучать раненого работать с первых же дней всеми здоровыми пальцами, втягивая в движения и культю пострадавшего пальца.

Своевременно развивая компенсаторные движения соседних пальцев, можно добиться полноценной функции кисти и при отсутствии одного из пальцев.

Даже незначительные повреждения пальцев часто связаны с расстройством кровообращения и иннервации. Для восстановления функции, чувствительности и кровообращения необходимо как можно раньше применять локально гимнастику и всевозможные тепловые процедуры (ванночки, парафин, песок). Следует заботиться о разработке движений в каждом суставе путем индивидуальных занятий, а также о развитии координированных движений всей кисти в целом. Последнее разрешается во время групповых занятий, а также путем более или менее сложных целеустремленных заданий раненому по захватыванию, сжиманию и разжиманию кисти и по перемещению предметов. Различные трудовые процедуры, как-то: плетение корзин, плетение сети, перебирание гороха, щипание хвои, а также развитие бытовых навыков, как, например, застегивание пуговок, завязывание тесемок, развязывание узлов и т. п., служат ценным подспорьем и продолжением занятий по лечебной физкультуре, закрепляя и углубляя приобретенные достижения.

Лечебная физкультура является, наряду с хирургией, ведущим методом лечения в госпитале для легко раненых. Ее задачи своевременным применением движения сохранить уцелевшие функции поврежденного органа; постепенно восстановить функции пострадавших органов; не допустить развития стойких изменений в поврежденных тканях и органах.

Своевременно применяемые движения не только способствуют гиперемии и улучшают кровообращение в поврежденном участке, но и влияют на структуру регенерирующей ткани. Под влиянием активных движений в поврежденных участках развиваются эластические элементы, регенерируют волокна мышечной ткани, формируется быстрее костная мозоль, поврежденные суставы приобретают соответствующую форму.

Дозированные систематические движения, применяемые своевременно, предотвращают развитие избыточной, плотной рубцовой ткани, ограничивающей подвижность суставов и сковывающей функцию мышц и сухожилий. Поэтому при отсутствии воспалительных явлений необходимо начинать лечебную гимнастику с первых дней поступления раненого в госпиталь и проводить ее в перевязочной, при открытой ране. При дальнейшем лечении надо избегать больших марлевых повязок, ограничивающих свободу движений. Как только повязки заменены марлевыми заклейками, раненых направляют в кабинеты лечебной физкультуры, где проводится индивидуальная и групповая лечебная гимнастика, иногда по два-три раза в день.

С первых же дней проводятся активные движения, которые даже в минимальном объеме гораздо эффективнее пассивных, способствуя развитию мышечной ткани и укрепляя силу мышц. Пассивные движения под влиянием болевых ощущений могут

вызвать рефлекторные контрактуры, которые в дальнейшем ограничивают объем активных движений.

Групповые занятия по лечебной физкультуре проводятся с ранеными, имеющими однородные повреждения, с однородным расстройством функции, находящимися в одном и том же восстановительном периоде. Во время урока по лечебной физкультуре сочетают методы местного и общего воздействия. Общее воздействие на весь организм проводится во время гигиенической гимнастики, которой охватываются по утрам все раненые, кроме лихорадящих.

Для достижения в кратчайший срок наибольшего развития физических сил и полного восстановления утраченных функций мы применяем методы развития и усиления двигательных функций организма. С этой целью широко используется трудотерапия, занятия по строевой и физической подготовке, спортивные упражнения, игры и аттракционы.

Трудовые процессы и трудотерапия как факторы общего и местного воздействия на организм раненого, особенно ценные во время восстановительного периода, должны применяться под строгим врачебым контролем и наблюдением.

Трудовые процессы, широко проводимые в госпиталях для легко раненых в порядке хозяйственных работ, занимают досуг бойца, отвлекают его внимание от болезни и направляют его волю на активные действия. Это безусловно тонизирует его, повышает обмен веществ, улучшая кровообращение и способствует ускорению восстановительных процессов.

Во многих госпиталях у тех раненых, которых на некоторое время направляли на лесозаготовки, уборку снега или полевые работы, раны заживали быстрее и функции восстанавливались полнее. Но такие результаты получались при строгом медицинском отборе раненых, при отсутствии чрезмерной нагрузки и при условии, что самые работы производились под постоянным врачебным наблюдением.

При некоторых легких ранениях участие в трудовых процессах противопоказано. Например, при ранениях нижней трети голени, особенно передней ее поверхности, длительное стояние на ногах замедляет заживление вследствие развития застойных явлений и механического раздражения краев раны обувью.

Если трудовые процессы действуют благотворно на весь организм в целом, то трудотерапия — лечение трудом — может быть направлена непосредственно на упражнение поврежденного органа. Например, пилка дров, работа рубанком в столярной мастерской направлены на развитие подвижности в локтевом и плечевом суставах.

Трудотерапия может носить и более сложный характер, заинтересовывая раненого и вовлекая в работу ряд отделов конечностей, например, лепка из глины, вырезание, рисование при повреждениях пальцев и кисти.

В некоторых ГЛР трудотерапия проводится в организованных мастерских как специальный метод лечения, дополняющий и усиливающий занятия по лечебной физкультуре. Назначения делаются лечащим врачом, методистом по лечебной физкультуре и инструктором по трудотерапии. Результаты контролируются и учитываются.

Физическая и строевая подготовка, которой в госпитале уделяется много времени (два часа в день), постепенно тренируя и закаливая организм бойца, должна рассматриваться также как лечебный фактор, способствующий восстановлению сил и боеспособности раненого.

Наряду с общим можно добиться и местного воздействия на поврежденный орган, например, упражнениями в гранатометании, штыковом бое, беге и марше.

Спортивные упражнения и всевозможные подвижные игры тоже могут быть использованы, кроме общего, и для местного воздействия на поврежденные отделы конечности. Так, например, игра в городки полезна для устранения тугоподвижности лучезапястного сустава; ходьба на лыжах с палками развивает движения в плечевом и локтевом суставах; бег на лыжах без палок укрепляет нижние конечности.

Эмоциональные моменты, связанные со спортивными играми и состязаниями, действуя психологически возбуждающим образом, увеличивают двигательные возможности каждого раненого.

Наряду с лечением в госпитале для легко раненых производится большая педагогическая работа, воспитывающая волю к труду и стремление возвратиться в строй. В большинстве случаев раненые и больные возвращаются отсюда в часть не только с полным восстановлением здоровья и сил, но и значительно окрепшими и закаленными.

Мы можем с гордостью отметить, что санитарная служба нашей Красной Армии в вопросах комплексного лечения, широкого применения лечебной физической культуры, физиотерапии, трудотерапии и физической подготовки имеет большие достижения, которые особенно ярко отразились именно в организации госпиталей для легко раненых. Эти госпитали ежемесячно возвращают в строй много раненых и больных.

★

Подполковник медицинской службы **К. И. БАРЫШНИКОВ**

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ТЕХНИКИ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ

Скелетное вытяжение отнюдь не снято с повестки сегодняшнего дня. В инструкции по методам хирургического лечения, изданной Главным военно-санитарным управлением Красной Армии в 1942 г., мы читаем: «В госпиталях глубокого тыла и на фронтовых эвакопунктах, имеющих возможность задерживать раненых с

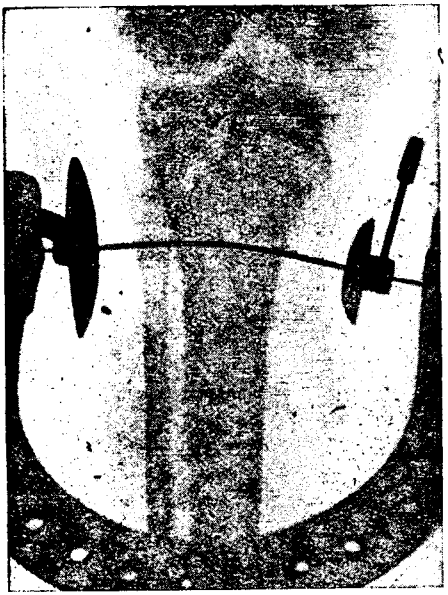


Рис. 1. Деформация спицы (под влиянием груза в 12 кг в течение 2 недель)

переломами бедра на две-три недели и дольше, лучшим методом лечения, особенно в случаях, сопровождающихся смещением отломков по длине, является скелетное вытяжение».

Проблема скелетного вытяжения возникла в 1907 г., когда Штейнман впервые применил при лечении переломов свой гвоздь.

Когда начали применять по предложению Бека скелетное вытяжение с проведением через кость проволочных спиц, возникли вопросы, связанные с технологией их материала, с возможностью удержания их в тугонатянутом состоянии посредством массивных и притом достаточно упругих скоб.

До сего времени не решен еще ряд практически важных вопросов, непосредственно относящихся к технике скелетного вытяжения. В деталях не решен вопрос о наиболее рациональной конфигурации и диаметре скобы. Отсутствие специального приспособления, фиксирующего неподвижно скобу в момент укрепления спицы, а также в момент снятия скобы, нередко вызывает повреждение тканей. Степень натяжения спицы определяется весьма субъективно путем потягивания рукой за скобу.

Основные требования, предъявляемые к спице, следующие: а) прочность ее на разрыв, б) достаточно тугое натяжение ее в скобе и в) строго перпендикулярное положение к оси конечности.

Произведенная нами рентгенография спиц, проведенных через кость, показала, что при длительном применении грузов весом в 8—10 кг, даже при хорошо сначала натянутой спице, с течением времени наблюдается ее дугообразное искривление (рис. 1). Подобная деформация происходит от двух причин: либо от деформации скобы, либо от нарушений фиксации спицы в зажимах скобы.

Степень возможного натяжения спиц зависит от степени их сопротивления на разрыв, обусловливаемого качеством материала, из которого они изготовлены, и их диаметром.

Практика показывает большую выносливость на разрыв высококачественных стальных хромированных спиц, ломающихся редко и притом лишь в месте захвата их в зажимах скобы в том случае, когда эти зажимы обладают режущими краями. Иное наблюдается при плохом металле. Спица обычно рвется на местах входа или выхода из кости. Нами наблюдались случаи и «внутриканального» разрыва. Сказанное предъявляет два требования: во-первых, изготовления спиц из высококачественных сортов проволоки, а не из металлических отходов, и, во-вторых, соответствующей конструкции зажимных приспособлений скобы.

Мы в своих экспериментах и лечебных мероприятиях применяли спицы диаметром от 1,40—1,54 мм, изготовленные из так называемой рояльной проволоки.

В справочнике Hütte (т. II, стр. 215, 1935) приводятся следующие, характеризующие последнюю сведения. Временное сопротивление ее на разрыв равно 120—150 кг/мм², предел тягучести—100—135 кг/мм², удлинение при разрыве от 5 до 7%.

Натягивая подобную спицу, не следует бояться ее разрыва; неприятности грозят с другой стороны. Наши наблюдения показа-

ли, что при натяжении спицы в скобе Киршнера средних размеров звук, вызываемый вибрацией спицы, постепенно повышается лишь до того момента, когда ее натяжение достигнет 70—80 кг, а напряжение 38—47 кг/мм² (см. ниже).

При дальнейшем натяжении спицы звук остается без изменения, что указывает на то, что с данного момента повороты винта проволоконатягивателя идут за счет упругих (а при плохом материале и остающихся) деформаций скобы.

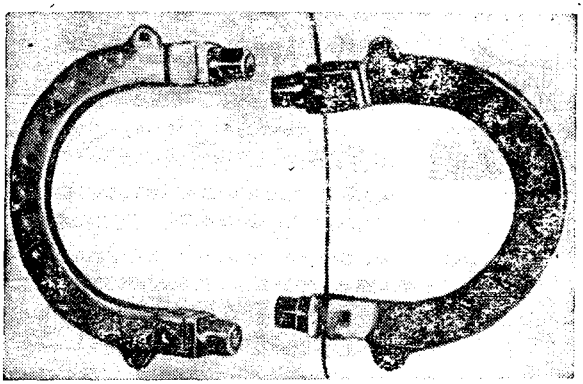


Рис. 2. Деформация скобы (деформированная скоба расположена справа)

Рис. 2 изображает скобу Киршнера, измененную при натяжении спицы с силой в 120 кг, когда напряжение[1] достигло 65 кг/мм².

Таким образом, после некоторого количества оборотов винта проволоконатягивателя (о чем мы будем говорить ниже) дальнейшие повороты могут вызвать лишь деформацию скобы, сделав ее непригодной для дальнейшей работы.

Из сказанного ясны строгие требования, предъявляемые к материалу, из которого должна быть изготовлена скоба.

Помимо прочего, показателем степени натяжения спицы является ее прогиб под влиянием подвешенного груза. Степень прогиба определяется так называемой стрелой прогиба, т. е. перпендикуляром, восстановленным из вершины прогиба на линию, соединяющую концы спицы, фиксированные в скобе.

При наличии функционирующего скелетного вытяжения стрелу прогиба можно определить по плоскостной рентгенограмме, зная размеры вылета (диаметра) скобы и измерив на рентгенограмме соответствующие данные. Так, например, действительная величина стрелы прогиба спицы, фиксированной в скобе с вылетом в 115 мм и изображенной на рис. 1, равна 6,8 мм, по формуле:

$$115 \text{ мм} : X = 76 \text{ мм} : 45 \text{ мм},$$

где 76 мм и 4,5 мм суть соответственно размеры вылета скобы и стрелы прогиба, измеренные на рентгенограмме.

---

[1] Напряжение спицы на единицу сечения (1 мм²) равно приложенной силе в килограммах, деленной на площадь сечения образца $\frac{D}{4}\pi$, где D — диаметр спицы в миллиметрах, а $\pi = 3{,}14...$

Помимо диаметра спицы и материала, из которого она сделана, а также качеств скобы, прогиб спицы зависит от величины подвешенного груза и вылета скобы. Чем больше груз, подвешенный к скобе и чем больше вылет последней при прочих равных условиях, тем больше будет стрела прогиба спицы.

Из сказанного вытекает предложение о максимальном использовании скоб Киршнера средних размеров. Вылет имеющихся на снабжении скоб Киршнера средних и крупных размеров колеблется в среднем в пределах 115 и 155 мм; некоторые же серии крупных скоб Киршнера имеют вылет, равный 165 мм. Диаметр мыщелков бедра человека высокого роста редко превышает 110 мм. Учитывая, что наиболее частыми местами проведения спиц является область бугристости большеберцовой кости и область пяточной кости, можно считать, что наиболее применимыми должны быть признаны скобы размером 115—120 мм, соответственно чему и должна строиться система их изготовления и снабжения.

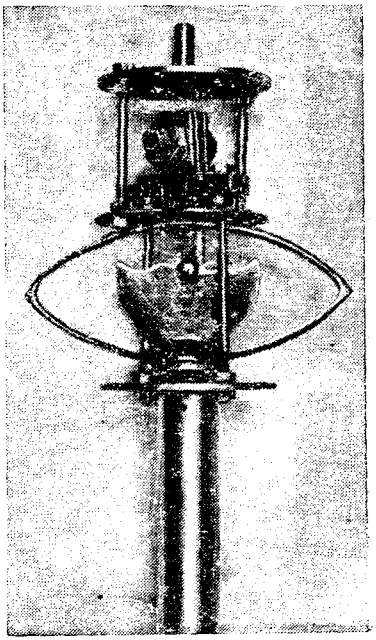


Рис. 3. Прибор для определения степени натяжения спицы

Приведенные нами выше цифры напряжения спицы могут служить лишь приближенным ориентиром. На практике приходится учитывать сопротивление тканей, через которые проведена спица, распределение силы тяги на весь заключенный в тканях участок спицы, относительное удлинение спицы под влиянием качеств скобы и т. д.

Для определения степени натяжения спиц, фиксированных в скобах Киршнера, нами сконструирован специальный прибор.

Прибор состоит из передаточной части, зажимного механизма, динамометра и рукоятки (рис. 3).

Передаточная часть изготовлена из двух овальных пластинок, скрепленных неподвижно двумя стержнями. На верхней пластинке имеется шпенек, а в центре его — отверстие. Между пластинками расположен зажимный механизм, состоящий из двух Т-образных, меньших по размерам, но более массивных пластин с нарезками, с пропущенным сквозь них болтиком и навинчивающейся зажимной гайкой.

Болтик укреплен неподвижно на одной из пластин и имеет поперечное отверстие, соответствующее отверстию в верхней пластинке передаточной части. Зажимный механизм укреплен на двух ножках, свободно проходящих через нижнюю пластинку передаточной части и укрепленных неподвижно у основания рукоятки прибора. Основной частью прибора является динамометр Коллена, одна

из рессор которого неподвижно прикреплена к нижней пластинке передаточной части, а другая — к основанию рукоятки прибора.

Способ применения прибора следующий (рис. 4). После того как спица пропущена сквозь зажимные отверстия скобы Киршнера, погружают шпенек прибора в одно из отверстий скобы, предназначенных для проволоконатягивателя. Спица проникает через отверстие в верхней пластинке прибора и далее через отверстие в болтике зажимного механизма, располагаясь между его Т-образными пластинками, после чего завинчивают ключом гайку зажимного механизма, укрепляя, таким образом, неподвижно один конец спицы. Другой, свободный конец спицы укрепляют по общим правилам в зажиме проволоконатягивателя, вставленного в боковое отверстие скобы с противоположной стороны. При накру-

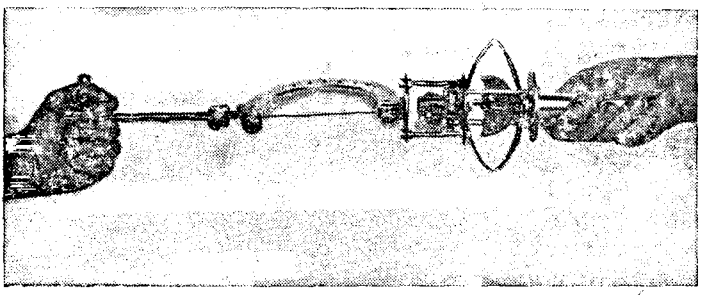


Рис. 4. Применение прибора для определения степени натяжения спицы

чивании проволоконатягивателя происходит натяжение спицы, передаваемое на динамометр прибора. Степень напряжения спицы определяется в килограммах стрелкой динамометра. Измерив при помощи микрометра диаметр спицы по известной формуле (см. выше), определяют степень ее натяжения на единицу сечения. Натянув спицу до нужной степени, закручивают обе зажимные гайки скобы, а затем открывают гайки прибора и проволоконатягивателя.

Нами установлено, что при пользовании скобами Киршкера средних размеров и спицами, изготовленными из рояльной проволоки диаметром в 1,4—1,54 мм, при первых четырех поворотах рукоятки проволоконатягивателя на 180° происходит натяжение спицы, в среднем равное силе в 10—12 кг, при каждом же следующем повороте наблюдается повышение силы натяжения примерно в среднем на 5—6 кг. Далее мы выявили, что натяжение спицы при большом числе поворотов проволоконатягивателя не соответствует шагу его нарезки, а значительно меньше. Это объясняется быстрым изнашиванием проволоконатягивателя и наблюдаемой в последующем разболтанностью его в отверстии скобы, во избежание чего необходимо изготовлять его из высококачественной стали.

Нашим прибором можно пользоваться также и для определения степени напряжения уже натянутой в течение некоторого времени спицы, для чего проделывают описанные выше манипуляции без проволоконатягивателя в несколько ином порядке, а именно: укрепляют выступающую за пределы скобы спицу в зажимном устройстве прибора и откручивают затем зажимное приспособление скобы на стороне, соприкасающейся с прибором. Как правило, через 2—3 недели напряжение спицы значительно уменьшается, иногда на 10—15 кг/мм².

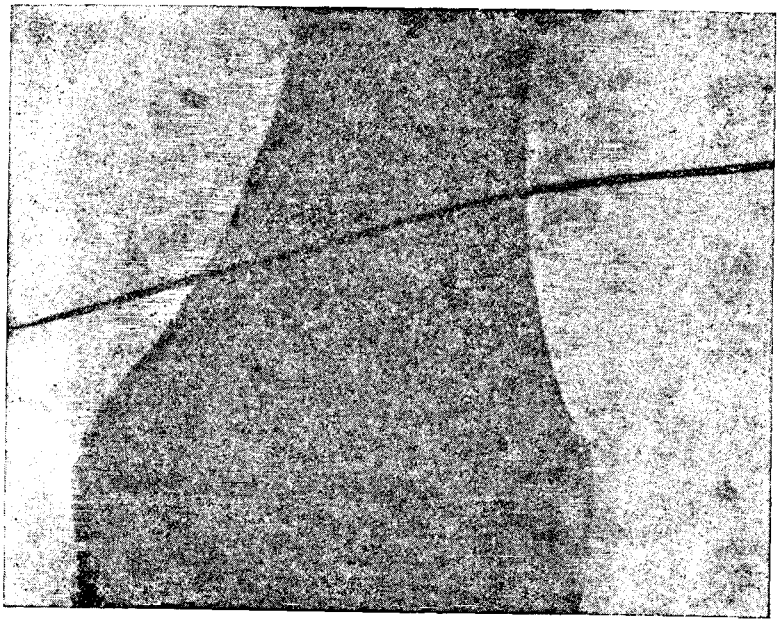


Рис. 5. Неправильно введенная спица со смещенной скобой в сторону и с изгибом на месте ее выхода из кости

Означенное требует при наличии заметного на рентгенограмме прогиба спицы и необходимости удлинения срока скелетного вытяжения повторного ее натяжения.

В практике скелетного вытяжения наблюдаются случаи, когда спица проводится не строго перпендикулярно к оси конечности. Если тяга в подобном случае прикреплена к вершине скобы, наблюдается (по закону параллелограмма сил) смещение всей системы (скобы и спицы) в сторону конца спицы, смотрящего более проксимально (рис. 5). Тяга не совпадает с осью конечности, в результате чего развивается смещение отломков, а также прямой прогиб спицы на месте ее выхода из кости (возможность разрыва спицы).

Во избежание указанного тяга должна соответствовать и при неправильно проведенной спице оси поврежденного сегмента конечности, чего легко достигнуть, если тягу укреплять на металлическом скользящем кольце, надеваемом на скобу, придав последней строго полукружную форму. Последнее требует некоторого видоизменения конфигурации скобы.

Любое скелетное вытяжение требует применения блочной системы. По нашим данным, в среднем от 15 до 25% подвешенного груза тратится на преодоление трения шнура в блоке.

При более горизонтальном положении конечности сила трения будет уменьшена, при более вертикальном она будет возрастать в значительной мере. Даже при хорошо функционирующей блочной системе $^1/_6$ всего груза будет тратиться на преодоление силы трения, при подъеме же нижнего конца кровати эта «бесполезная» трата будет достигать $^1/_4$ груза. Таким образом, если мы подвесим груз в 8 кг, то в последнем случае «чистый вес» его будет равен всего лишь 6 кг.

По нашим данным, даже при подобном «небольшом» грузе, для того чтобы прогиб спицы был незначителен, приходится производить натяжение с силой в 70 кг и то лишь при условии пользования скобами Киршнера с вылетом в 115—120 мм.

В тех случаях, когда приходится применять скелетное вытяжение с чистым весом груза в 10—12 кг или даже в 13—14 кг, например, при закрытых переломах бедра с очень большим смещением отломков и при наличии мощной мускулатуры или при переломах таза с большим односторонним смещением, возникает необходимость прилагать вытягивающую силу к двум точкам путем проведения двух спиц, например, одновременно через бугристость большеберцовой кости и через метафиз бедра, или применять гвоздь Штейнмана с вращающимся стременем.

В данном случае известный интерес представляет предложение Piennau, который путем некоторых конструктивных добавлений к скобам Киршнера, проволоконатягивателю и к проводнику спиц разработал метод, позволяющий пользоваться двумя спицами, проводимыми параллельно через кость на небольшом расстоянии друг от друга и укрепленными в одной скобе.

Подполковник медицинской службы канд. медицинских наук В. А. БУКОВ

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ЭВАКУАЦИИ ПО НАЗНАЧЕНИЮ РАНЕНЫХ И БОЛЬНЫХ ИЗ МЕДСАНБАТОВ

Санитарная служба Красной Армии к началу Великой отечественной войны имела некоторый опыт проведения системы этапного лечения с эвакуацией по назначению, приобретенный ею в период боевых действий у реки Халхин-Гол и в Финляндии.

Однако очень много вопросов, связанных с проведением эвакуации по назначению, в этих боевых столкновениях были только намечены и окончательной ясности не получили.

Естественно, что Великая отечественная война дала много нового и важного; нужно отказаться от устаревших и не оправдавших себя представлений и на основе нового богатого опыта дополнить наши приемы и методы и все ценное внедрить в практику работы санитарной службы.

Весьма важным разделом работы санитарного отдела армии является организация эвакуации по назначению раненых и больных из медсанбатов. Имеющийся опыт да и организационно-штатная структура армейской санитарной службы требуют, чтобы дело эвакуации из медсанбатов всегда и непрерывно находилось под бдительным контролем начальника санитарного отдела армии.

Когда армия ведет жесткую оборону при пассивном поведении противника, организовать эвакуацию раненых по назначению не представляет затруднений: сравнительно небольшие потери, неподвижность фронта, устроенные и обжитые дороги благоприятствуют этому. В подобных случаях прикрепленные к каждому медсанбату 5—6 автомашин автосанроты почти полностью обеспечивают их эвакуационную потребность.

Иное положение создается при обеспечении оборонительных операций, когда приходится выдерживать наступление ударных сил противника и когда раненые поступают в больших количествах. Особенно осложняется эвакуация, когда армия в ходе боя маневрирует своими соединениями, и тем более трудно обеспечить эвакуацию по назначению при быстром продвижении частей вперед.

При указанных обстоятельствах поток раненых не бывает равномерным, загрузка медсанбатов значительно варьирует. Командиры последних иногда поэтому также неравномерно направляют потоки раненых в госпитали первой линии, но последние, имея значительно меньшую мощность, чем медсанбаты, перегружаются еще быстрее.

При санитарном обеспечении боевых действий войск, сопровождающихся значительными санитарными потерями, начсанарм, как правило, отказывается от распределения машин по медсанбатам, а стремится концентрировать автотранспорт при АСР, которую располагает вблизи санитарного отдела. Наиболее целесообразно использовать автотранспорт группами по 8—10 машин, посылаемых на 1—2 рейса в тот или иной медсанбат.

Такой способ использования транспорта, конечно, более выгоден, чем раскрепление, так как увеличивается возможность контроля за работой машин, эффективнее используется транспорт, а главное, санитарный транспорт направляется туда, где он наиболее нужен в данный момент. В некоторых армиях во главе направляемых колонн санитарных машин посылают ответственных офицеров из аппарата санитарного отдела, отчего машины совершают рейс значительно быстрее.

Однако все указанные мероприятия мало пригодны при больших поступлениях раненых и при продвижении частей вперед.

Часто недочеты в проведении эвакуации по назначению непосредственно из медсанбата объясняются недостатком и изношенностью автотранспорта, но добавление новых автомашин еще далеко не решает дела.

Эвакуация по назначению при всех видах боя вполне осуществима, но она требует применения четких организационных форм, обеспечивающих ее проведение.

При организации системы эвакуации из медсанбатов необходимо, нам кажется, исходить из следующих основных предпосылок:

1. Ответственный, знающий санитарный начальник должен возглавлять эвакуацию на определенном направлении, находясь возможно ближе к медсанбатам и имея с последними и с санитарным отделом надежную связь. В распоряжение этого врача должно быть выделено достаточное количество эвакуационных средств, которыми он имеет право лично распоряжаться.

2. Нужно организовать разумную и интенсивную эксплоатацию всего наличного автотранспорта санитарной службы, а также использование обратного порожняка.

3. Начсанарм должен освободиться от мелочных, технических забот по вопросам эвакуации, уделить больше внимания делу общего руководства, главным образом планированию лечебно-эвакуационного обеспечения и гибкому маневрированию средствами, находящимися в его распоряжении.

Мы имеем четырехмесячный опыт проведения эвакуации на основе изложенных принципов. Познакомить с этим опытом работников санитарной службы мы считаем тем более уместным, что за 4 месяца нам пришлось участвовать в различных видах боевых действий: начав с жесткой и подвижной обороны на Орловско-Курском направлении, войска перешли в успешное контрнаступление с преследованием противника на протяжении более 200 км. Мы имеем опыт обеспечения эвакуации при преследовании противника с преодолением таких водных преград, как реки Сейм, Десна

(дважды), Днепр, Припять. При всех этих видах боя наш метод организации эвакуации себя вполне оправдал.

В чем заключается наш метод организации эвакуации по назначению?

Мы создали две эвакуационные группы (в дальнейшем мы для краткости будем их именовать эвакогруппами) в составе начальника-врача, помощника-фельдшера и связных в нужных количествах, среди которых есть и конные, и велосипедисты. Каждой группе придано по одному мотоциклу. Располагаются они обычно на флангах при госпиталях первой линии, а иногда, если того требует обстановка, при одном из медсанбатов.

Эвакогруппы никакого отношения к ГОПЭП не имеют, подчиняются непосредственно начсанарму и начальнику первого отделения, а при наличии начальников эвакуационных направлений—последним.

Эвакогруппы выполняют следующую работу:

1. Имея в каждом медсанбате по одной машине и получая сигналы с этой связной машиной о накоплении там раненых, немедленно посылают транспорт и эвакуируют по назначению.

2. Равномерно распределяют поток необработанных раненых между близлежащими медсанбатами, добиваясь того, чтобы раненые не ожидали обработки более 3—4 часов с момента поступления. При перегрузке или отдаленности соседних медсанбатов направляют необработанных раненых в ППГ первой линии, оставляя в МСБ только тех, которым необходима срочная помощь, и нетранспортабельных.

3. Проверяют эвакуационную работу медсанбатов, не допускают отправку нетранспортабельных. По каждому случаю неправильной эвакуации немедленно принимают меры, а в отдельных случаях доносят санитарному отделу.

4. Следят за правильным использованием эвакуационного транспорта, находящегося в их распоряжении, сменностью работы машин, отдыхом и питанием шоферов; следят за правильным использованием обратного порожняка.

5. Усиливают санитарную службу дивизий взводами собак, санитарно-нартовых упряжек и конно-санитарными повозками, находящимися в их распоряжении; наблюдают за правильным использованием придаваемого транспорта.

6. Контролируют основные дороги своего направления, не допуская неорганизованного движения раненых.

7. Получают ежедневно донесения от всех дивизионных врачей и к определенному часу доставляют в санитарный отдел. Сообщают внеочередными донесениями о передислокациях медсанбатов, чрезвычайных происшествиях и об изменениях боевой и санитарно-тактической обстановки.

Отсюда видно, что мы запретили медсанбатам самостоятельно, по собственному усмотрению направлять необработанных раненых в ППГ первой линии, а предоставили это право начальнику эвакогруппы или начальнику эвакоправления, если последний имеется. Это мероприятие при больших потоках раненых вполне оправдало

себя. Командиры медсанбатов прежде нередко переотправляли необработанных тяжело раненых в госпитали первой линии, оставляя себе легких. Это практиковалось даже тогда, когда обстановка к этому не вынуждала.

Начальники эвакогрупп, находясь возможно ближе к медсанбатам, обязаны поддерживать непрерывную связь с медсанбатами и санитарным отделом армии.

Имея непрерывную связь с медсанбатами, они точно знают, где находится или куда переехал тот или иной медсанбат.

Получая от начсанарма боевую задачу, начальники эвакогрупп могут оперативно руководить эвакуацией раненых и больных и выполнять прочие свои функции, в частности, к определенному часу получать медицинские донесения от всех медсанбатов и передавать их в санитарный отдел.

Важно учесть, что командир медсанбатов совершенно не беспокоится об эвакуации раненых от себя и все внимание устремляет на вывозку раненых с ПМП.

Как только начальникам эвакогрупп становится известно, что в тот или иной медсанбат продолжается поток необработанных раненых и хирурги не могут справиться с их обработкой в течение первых 3—4 часов, они переключают поток раненых на близлежащие свободные медсанбаты или ППГ первой линии. Начальники эвакогрупп в зависимости от задач, выполняемых дивизиями, усиливают медсанбаты транспортными средствами и держат начсанарма в курсе всех изменений в боевой обстановке на данном участке, что чрезвычайно важно для своевременного маневрирования в ходе операции.

Автосанитарная машина, выполнив задание по вывозке раненых из того или иного медсанбата, возвращается обратно в эвакогруппу. Начальники эвакогрупп имеют возможность влиять на работу медсанбатов, посылая транспорт в первую очередь туда, где он наиболее нужен в данный момент.

При напряженных боях, когда в эвакогруппу входит более 4—5 медсанбатов, мы обычно придаем в помощь начальнику эвакогруппы одного-двух врачей.

Все машины автосанитарной роты мы распределили между двумя эвакогруппами, причем в эвакогруппу, обслуживающую большое количество медсанбатов и главное направление, машин давалось больше. По мере затихания операции в каждую группу выделялось только по 6—7 машин.

Для увеличения грузоподъемности мы во всех машинах сделали по 4 подвесных носилок, что дало возможность каждой машине поднимать за рейс по 8 лежачих и 4 сидячих раненых.

Увеличение количества перевозимых одновременно лежачих раненых особенно важно, ибо именно из-за них чаще всего задерживается эвакуация.

Санитарный транспорт, кроме того, нужен также для погрузки на санитарные летучки и для эвакуации из госпиталей первой и второй линии. Это обстоятельство заставило нас создать сводную автосанроту примерно из 50 машин, взятых из госпиталей. Роту мы

подчинили начальнику ПЭП. Из сводной роты начальники эвакогрупп могут черпать усиление, если их транспорт не справляется с работой, что особенно часто наблюдается при удлинении путей эвакуации при наступлении. В каждом госпитале оставляется по 1—2 машины для обеспечения их хозяйственных нужд, а из резервных госпиталей обычно берутся почти все машины. При необходимости передислоцировать резервный госпиталь из этой же сводной роты сразу подается группа машин.

Кроме того, к эвакогруппам придавалось 10 пароконных подвод КСР и 6 взводов отряда собак санитарно-нартовых упряжек. Повозки и упряжки направляются для усиления санитарной службы войскового района, а повозки, кроме того, используются для перевозки раненых между медсанбатами и госпиталями, если длина пути в один конец не превышает 15—20 км.

Большое значение имеет правильная техническая эксплоатация транспорта, поэтому при каждой эвакогруппе находится ремонтная летучка для текущего и профилактического ремонта машин, который осуществляется непрерывно. При сводной АСР также имеется ремонтная летучка. Заправка бензином происходит всегда в пунктах сосредоточения транспорта (в эвакогруппах и сводной АСР).

Рассматривая результаты эвакуационного обеспечения при помощи эвакогрупп, можно определенно высказаться за их большую ценность. Они полностью оправдали себя не только в условиях обороны в Орловско-Курскую операцию в июле 1943 г., но и в последующем контрнаступлении и преследовании противника.

За все это время не было случаев перегрузки медсанбатов, раненые своевременно, быстро, а главное, по назначению эвакуировались в госпитали. Не было неорганизованного движения раненых по дорогам, а все медсанбаты работали с равномерной нагрузкой, вне зависимости от того, сколько потерь имела та или иная дивизия. Инфекционные и терапевтические больные выделялись в отдельные потоки и спецмашинами эвакуировались в госпитали также через эвакогруппу.

Медсанбаты, не перегруженные ранеными, могли не снижать объема медицинской помощи, что неизбежно происходит при их переполнении.

Можно привести данные, характеризующие работу медсанбатов. Так, например, переливание крови не снижалось ниже 6,1% при самых больших поступлениях раненых и даже достигало 12,5% в отдельных медсанбатах. Почти полностью прекратились случаи отправки нетранспортабельных и случаи смерти в пути. Уменьшилась смертность раненых в медсанбатах. Процент активной хирургической обработки составлял 55.

Уменьшились случаи газовой инфекции в медсанбатах и в ППГ и смертность от нее. Итоги медицинской работы за весь этот период не только не хуже, но во многом лучше периода жесткой обороны до июля.

Непрерывная эвакуация из медсанбатов ускорила эвакуацию раненых из ПМП и с поля боя. Так, в период самых напряженных

оборонительных боев, в июле, 87,5% всех раненых поступили в медсанбаты до истечения 16 часов, соответственно в августе — 92%.

Следует заметить, что организованная эвакуация позволила в июле—августе и в последующие месяцы задерживать в армейском районе и возвратить обратно в строй до 25% всех раненых.

За 3 месяца боев мы почти ни разу не встречались с так называемыми «эвакуационными пробками». В результате равномерного распределения потоков раненых среди медсанбатов мы могли уменьшить количество ППГ первой линии, выделив только два ППГ на 4 корпуса, и за этот счет соответственно увеличить количество резервных госпиталей, столь необходимых для маневра.

Заслуживает внимания, что среднесуточная загрузка медсанбатов в период напряженных июльских боев не была максимальной, в то время как потери отдельных дивизий в 2—4 раза превышали пропускную возможность своего медсанбата. Порядок, наблюдавшийся в эвакуационной работе, позволял начсанарму и его аппарату уделять внимание другим, не менее важным участкам работы по санитарному обеспечению боевых действий.

Само собой разумеется, тактика работы эвакогрупп в различных боях и в разных условиях изменялась. Они то приближались к медсанбатам, находясь при одном из них, то отдалялись до ППГ первой линии, то эвакуировали непосредственно в соответствующие госпитали второй линии. Одно несомненно: эвакогруппы при всех обстоятельствах создавали порядок в эвакуации и проводили ее по назначению.

Точно так же рентабельным мероприятием оказалось сведение госпитальных машин в единый кулак — сводную автосанроту. Начсанарм получает дополнительно свою собственную АСР. Следует лишь обеспечить, чтобы не было обезлички и выделенные командиры следили за эксплоатацией и ремонтом машин, иначе в короткий срок машины могут выйти из строя.

Может встать вопрос, что проведение такой системы эвакуации требует утверждения новых штатов Это не представляется нам существенным. Начсанарм, командуя большой армией медицинских работников, всегда имеет возможность выделить и содержать несколько врачей и фельдшеров для указанной цели и едва ли встретит противодействие в этом законном маневрировании своими силами.

При небольшом числе соединений, входящих в состав армии, естественно, нет необходимости создавать две эвакогруппы, но при грех- и четырехкорпусном составе это обязательно, особенно при продвижении вперед. Отдельные дивизии могут отставать, выполнять специальные задачи на флангах, и наличие двух эвакогрупп позволяет хорошо маневрировать.

Выводы

1. Организация эвакуации раненых и больных из медсанбатов при помощи эвакогрупп является наиболее удачной формой, оправ-

давшей себя как в оборонительных и наступательных боях, так и при преследовании противника. Эта организация обеспечивает осуществление задачи эвакуации по назначению раненых и больных из медсанбатов.

2. Создание сводной автосанитарной роты (автосанвзвода) из автомашин, имеющихся в госпиталях, — вполне оправдавшее себя мероприятие, приносящее большую пользу.

3. Переоборудование полуторатонных машин четырьмя подвесными носилками в два раза увеличивает возможность поднять тяжело раненых, которые обычно лимитируют эвакуацию. Транспортировка на подвесных носилках для раненых более удобна, чем эвакуация непосредственно в кузове машины.

ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Генерал-майор медицинской службы проф. Т. Е. БОЛДЫРЕВ

ОСНОВНЫЕ УСЛОВИЯ УСПЕХА ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В НАСТУПАЮЩИХ ВОЙСКАХ

Известно, что территория, временно оккупированная немцами, приведена ими в исключительно тяжелое санитарно-эпидемическое состояние.

В освобождаемых нашими войсками населенных пунктах мы находим лишь единичные сохранившиеся чудом больницы, амбулатории. Как правило, вся лечебная и санитарно-эпидемиологическая сеть учреждений оказывается полностью уничтоженной. Коммунальное хозяйство городов, поселков, станций разрушается немцами до основания. Жилой фонд в городах уничтожается на 80—90%. Многие села немцы стирают с лица земли. Советские люди, лишенные всего, обращенные в рабство, ограбленные и изнуренные каторжной работой на оккупантов, становятся легкой жертвой различных инфекций.

Поэтому неудивительно, что на оккупированной немцами территории к настоящему времени широко распространились разнообразные инфекционные заболевания и возникли крупнейшие эпидемические очаги.

Сыпной тиф, спутник нужды и голода, получил возможность беспрепятственного распространения. За годы немецкой оккупации в ряде районов до 60% населения уже переболело сыпным тифом.

Брюшной тиф в оккупированных районах приобрел также весьма широкое распространение, особенно в районах Белоруссии и Прибалтике.

Дизентерия в оккупированных районах стала инфекцией, без которой не мыслится существование почти ни одного населенного пункта.

Подлые банды фашистов занесли в наши районы и широко рассеяли венерические заболевания. Единственная, только немцам свойственная «система лечения» зараженных ими же людей— расстрел—привела к тому, что больные стараются любым способом скрыть заболевание; это способствует еще большему рассеиванию инфекции.

Отсутствие каких-либо профилактических мер привело к появлению на оккупированной территории заболеваний натуральной оспой — болезнью, уже давно забытой советскими людьми.

В условиях фашистского «порядка» получили эпидемическое распространение даже такие инфекции, как сибирская язва и ящур, среди животных и людей (оккупированные районы Украины).

Отсутствие какой бы то ни было медицинской помощи, преследования больных людей, тяжелейшие условия существования, разрушение коммунального хозяйства приводят к беспрепятственному и беспредельному распространению всех этих заболеваний.

Лишение населения самых элементарных условий для поддержания личной чистоты привело к массовому развитию вшивости.

Значение для войск санитарно-эпидемиологического состояния территории, на которой происходят бои, видно хотя бы из того, что до 85% всех заболеваний сыпным тифом, регистрируемых в действующих войсках, возникает вследствие заражения при контакте с освобождаемым населением и территорией.

При оценке санитарно-эпидемиологической обстановки следует учитывать также, что тяжелые эпидемиологические последствия немецко-фашистской оккупации не могут быть ликвидированы в очень короткие сроки. Поэтому, несмотря на энергичные мероприятия военно-медицинской службы полевых войск Красной Армии, а затем и органов гражданского здравоохранения, освобожденные от немцев районы еще значительное время остаются неблагополучными в эпидемическом отношении. Получая из этих районов людские пополнения, которые в ряде случаев не могут быть приведены в надлежащий санитарный порядок силами вновь организованных райвоенкоматов, войсковые части должны учитывать серьезную опасность заноса заболеваний с этими контингентами.

Необходимо, как и прежде, внимательно контролировать санитарно-эпидемиологическое состояние всех пополнений, прибывающих в войска.

В условиях описанной эпидемиологической обстановки честью всей медицинской службы Красной Армии, в первую очередь ее противоэпидемического звена, является такая организация противоэпидемической работы, которая позволит предупредить возникновение в наступающих войсках вспышек инфекционных заболеваний.

По каким же основным направлениям должна строиться и проводиться противоэпидемическая работа?

Эти направления следующие.

Первое и совершенно необходимое условие успешной противоэпидемической работы в условиях наступления по территории, неблагополучной в эпидемическом отношении, составляет непрерывная санитарно-эпидемиологическая разведка. В тех случаях, когда разведка не проводится, никто не может гарантировать, что наступающие части неожиданно для себя не окажутся в центре крупнейшего эпидемического очага. Не будучи предупреждены и не принимая поэтому заранее необходимых предупредительных мер, они могут понести большие потери больными.

Санитарно-эпидемиологическая разведка должна быть организована прежде всего для соответствующего освещения обстановки на территории, лежащей на пути наступающих войск.

Сведения об этой территории должны добываться различными способами, вплоть до специальной медицинской разведки в тылу противника. Располагая данными о наличии на пути наступающих войск крупных эпидемических очагов, медицинская служба становится способной заранее предупредить об угрожающей опасности соответствующие соединения, организовать необходимые профилактические мероприятия и подтянуть на нужное направление необходимые средства противоэпидемической защиты (СЭО, ОДР, ИГ, дезинфицирующие средства и пр.). Разведка тылов противника составляет обязанность в первую очередь высших звеньев медицинской службы, но должна при малейшей возможности организоваться также и частями.

При изучении местности в санитарно-эпидемиологическом отношении следует пользоваться также и старыми военно-санитарными описаниями. В них можно найти весьма ценные данные.

Санитарно-эпидемиологическая разведка должна проводиться и на освобождаемой территории немедленно после изгнания немцев. Для этого нужно разведку проводить вслед за наступающими войсками и вместе с ними. Задача санитарно-эпидемиологической разведки в этом случае — своевременно выявить эпидемические очаги на освобождаемой территории, предупредить контакт с ними войсковых частей и ликвидировать эти очаги или в крайнем случае изолировать их от войск. Разведка в этом случае должна проводиться эшелонированно: первый эшелон — разведка передовых частей и дивизионная разведка; второй эшелон — разведка, организуемая средствами армии, и, наконец, третий эшелон — разведка средствами фронта. Каждый последующий эшелон должен поддерживать связь с предыдущим, проверять, уточнять и дополнять его данные и проводить необходимые все более радикальные противоэпидемические мероприятия в отношении обнаруживаемых очагов.

Эшелонирование необходимо прежде всего потому, что эпидемическая обстановка в освобождаемых районах подвержена весьма резким изменениям, что связано со значительной миграцией населения в этих районах. Оно необходимо еще и потому, что различные звенья медицинской службы способны выполнять различные по объему задачи по санитарно-эпидемиологической разведке, почему становится необходимым дополнение работы, проделанной каждым предыдущим эшелоном. Работа, начатая первым эшелоном, дополняется, а иногда может быть и закончена вторым. В ряде случаев для окончания работы в эпидемическом очаге потребуется вмешательство и третьего эшелона разведки.

Так, на первый эшелон разведки в наступлении могут быть возложены лишь ограниченные задачи — выявление очагов и изоляция от них личного состава частей, сигнализация об обнаружении очагов и выбор водоисточников для снабжения войск.

На второй эшелон может быть дополнительно возложена и ликвидация обнаруженных очагов, если это допускается темпами продвижения войск. Следует немедленно оговориться, что разведывательные подразделения второго эшелона не могут и не долж-

ны отставать от своих войск. Они не могут задерживаться для ликвидации очагов, если обстановка требует их движения вперед. Ликвидация эпидемических очагов в этих случаях должна завершаться средствами фронтовой противоэпидемической службы.

Темпы продвижения войск во всех случаях определяют полноту охвата санитарно-эпидемиологической разведкой территории, освобождаемой войсками, и полноту противоэпидемических мероприятий, проводимых войсками в эпидемических очагах, обнаруживаемых среди освобождаемого населения.

Эпидемические очаги, возникающие в войсках, должны полностью ликвидироваться первыми же звеньями медицинской службы, обнаружившими эти очаги. При необходимости к этому привлекают специальные учреждения и специалистов противоэпидемической службы. Раннее выявление и ранняя первичная изоляция больных и подозрительных на заболевания с тщательной обработкой окружающих — важнейшие звенья в этой работе.

При очень быстром продвижении вперед дело может ограничиться санитарно-эпидемиологической разведкой лишь основных полос территории, основных направлений и путей движения войск. В этих случаях часть эпидемических очагов может оказаться вовсе не обнаруженной ни первым, ни вторым эшелоном разведки. Тем большая ответственность в этих случаях выпадает на санитарно-эпидемиологическую разведку третьего (фронтового) эшелона. Следует помнить, что оставлять у себя в ближайшем тылу неизвестные или неподавленные эпидемические очаги весьма опасно.

Для выполнения санитарно-эпидемиологической разведки в частях должны выделяться лица, которые непрерывно занимаются этим делом и руководят в этом отношении работой санитарных инструкторов рот и фельдшеров батальонов. Общее руководство работой в дивизии является обязанностью дивизионных эпидемиологов (командира санитарного взвода МСБ). Отвлечение этих людей в период наступления от их прямых обязанностей является преступлением даже в условиях большой загрузки работой передовых этапов эвакуации.

Армейские эпидемиологи обязаны строжайшим образом следить за правильным использованием дивизионных эпидемиологов и повседневно руководить их работой.

Армия для ведения санитарно-эпидемиологической разведки выделяет санитарно-разведывательные группы из состава санитарно-эпидемиологического отряда. Этим группам придаются дезинфекционные камеры и душевые установки из ОДР. Группы снабжаются средствами (дезинфицирующие средства, мыло, бактериологические препараты и пр.) в зависимости от характера инфекции, распространенной в данном районе. Эпидемиологические группы должны располагать всеми необходимыми средствами не только для обнаружения эпидемического очага, но и для его быстрейшей ликвидации.

Следует особо подчеркнуть, что основную эпидемическую опасность на ближайшее время представляет встреча с очагами сыпного тифа. Поэтому и оснащение эпидемиологических

разведывательных групп должно соответствовать нуждам противоэпидемической работы.

Таковым же должно быть и оснащение эпидемиологических разведывательных групп, выделяемых Санитарно-эпидемиологической лабораторией фронта.

Наконец, следует подчеркнуть необходимость санитарно-эпидемиологической разведки при расположении на новых местах дислокации войсковых частей тылов армии и фронта и санитарных учреждений. К сожалению, в нашей практике имеются случаи расположения запасных частей, других тыловых частей и учреждений и даже госпиталей в самой гуще эпидемических заболеваний, в населенных пунктах, неблагополучных по этим заболеваниям. Это приводило к печальным последствиям и происходило в результате игнорирования предварительной санитарно-эпидемиологической разведкой мест нового расположения.

Подобные случаи более всего могут иметь место в районах, недавно освобожденных от противника и еще недостаточно изученных в санитарно-эпидемиологическом отношении. Разведка в этих случаях лежит на обязанности медицинской службы указанных частей и начальников санитарных учреждений.

Расположившись на более или менее продолжительный срок в том или ином месте, начальники санитарных служб частей и санитарных учреждений обязаны немедленно же установить постоянное и тщательное санитарно-эпидемиологическое наблюдение за окружающей территорией в пределах 5—10 километрового радиуса.

Вторым необходимым условием успешной противоэпидемической работы является изоляция войск от эпидемических очагов, встречающихся на их пути, от неблагополучного в санитарно-эпидемиологическом отношении населения и ликвидация этих очагов.

Контакт с эпидемическими очагами должен быть разорван любыми и самыми энергичными средствами.

Неблагополучные по эпидемическим заболеваниям населенные пункты должны немедленно подвергаться карантинизации. Размещение в них частей, штабов и отдельных военнослужащих должно быть категорически воспрещено. Для поддержания порядка в этих пунктах и охраны их командование должно выделять вооруженные патрули, не допускающие никого в данный населенный пункт. До окончания срока карантина местное население также не должно выпускаться за пределы карантинизированного населенного пункта и не подлежит отселению в тыл. Лица, нарушающие этот порядок, должны подвергаться строжайшим взысканиям.

В карантинизированный населенный пункт должны быть в спешном порядке направлены все средства, необходимые для быстрейшей ликвидации эпидемического очага, — лаборатории, расчеты ОДР, госпиталь (если нет возможности организовать изолятор на базе местных средств), дезинфицирующие средства, медикаменты и средства для питания больных. Лицо, возглавляющее

эпидемиологическую группу, направляемую в эпидемический очаг, обязано, используя свои средства и все наличные возможности местного населения, в кратчайший срок выявить путем подворного обхода всех больных и изолировать их, подвергнув тщательной санитарной обработке, а также выявить всех имевших тесный контакт с больными, подвергнуть их тщательной санитарной обработке (речь идет о сыпном тифе), установить за ними тщательное ежедневное медицинское наблюдение; подвергнуть одновременно тщательной дезинсекции имущество и жилье, где находились больные и где остались соприкасавшиеся с ними; заставить все остальное население привести себя, свои жилища и имущество в соответствующий санитарный порядок и помочь в этом.

В дальнейшем необходимо установить строгий санитарный надзор за всем населением через своих работников и назначенных из состава населения санитарных уполномоченных. Нужно ежедневно проверять население на вшивость. Обнаруживаемых завшивленных надо немедленно подвергать санитарной обработке повторно и, если нужно, даже в принудительном порядке. В случае необходимости следует подвергать повторной дезинсекции и имущество. Выявляемых при ежедневных обходах больных надо немедленно же изолировать. Нужно следить, чтобы никто не ускользал от ежедневной проверки, для чего все население должно быть взято на учет.

Карантин может быть снят лишь после того, когда с момента заболевания и изоляции последнего больного и санитарной обработки лиц, его окружавших, пройдет время, равное максимальному сроку инкубации данного заболевания (для сыпного тифа—21 день, для возвратного — 10 дней).

Третье необходимое условие — поддержание чистоты личного состава войск, профилактика вшивости.

Для достижения этого надо проводить следующие мероприятия.

Возможно чаще, лучше ежедневно, следует производить осмотры личного состава и немедленную санитарную обработку лиц, у которых будет обнаружена вшивость, их одежды и личных вещей. Осмотр должен производиться командирами подразделений при постоянном контроле санитарной службы. Ответственность за вшивость в первую очередь лежит на ближайших командирах.

Нужно организовать регулярное мытье и стрижку людей с применением антипедикулезных средств (10—15% альбихтоловая паста, 5% раствор нафтализола, 25% мыльно-керосиновая эмульсия для предварительной обработки волосистых покровов тела).

Следует еще раз подчеркнуть, что укоренившееся кое-где применение эмульсии мыла «К» для обработки волосистых покровов тела перед мытьем с последующим смыванием представляет процедуру бесполезную и влечет лишь бесцельное расходование ценного препарата. Следует помнить, что для получения эффекта от мыла «К» необходима по меньшей мере суточная экспозиция.

Практика показала, что для обеспечения регулярным мытьем необходимо, чтобы каждый батальон имел (при обороне) свою баню с пропускной способностью минимум 10—15 человек в час или же перевозимые водогрейные приспособления такой же мощности. Для дезинсекции одежды каждый батальон должен располагать своей дезинсекционной камерой (землянка — в обороне; разборный дезинсектор — в движении) емкостью на 5—6 комплектов обмундирования.

Исключительно полезными во время наступательных боев оказываются легкие подвижные банные отряды, придаваемые дивизиям.

Пользуясь короткими межбоевыми паузами, всеми этими средствами удается поддерживать чистоту личного состава на необходимом уровне.

Необходимо организовать регулярное снабжение наступающих частей чистым бельем. В условиях передвижения эта задача наиболее удовлетворительно решается в том случае, когда в предвидении наступления личный состав снабжается двумя парами чистого белья (одна в запасе), когда на ДОП создается резерв чистого белья и когда движущимся частям придаются группы работников из армейских ППО, выполняющие роль дивизионных прачечных. Эти группы снабжаются необходимым запасом мыла, оборудованием для ручной стирки и, если возможно, небольшим обменным фондом белья. Практика показала, что даже в условиях длительных наступательных боев эти прачечные группы могут удовлетворительно решать свои задачи. Движение дивизионных прачечных групп вслед за своими частями обеспечивается средствами дивизионного интенданта, в распоряжение которого эти группы и поступают.

Наконец, профилактика педикулеза может достигаться и путем регулярного снабжения наступающих частей бельем (и даже обмундированием), пропитанным противопедикулезными веществами (эмульсия мыла «К», препараты «К», антипедикулин «СК» и т. д.). Если иметь в виду, что полный разрыв контакта личного состава частей войск с местным населением, особенно в зимнее время, не всегда возможен, то снабжение частей пропитанным антипедикулезными веществами бельем оказывается мероприятием исключительной важности.

Пропитку белья следует централизовать в армейских ППО; наряду с этим ее должны производить и дивизионные прачечные группы. В некоторых случаях находят удобным организовать массовую пропитку белья на ДОП.

Наряду со снабжением частей бельем, пропитанным противопедикулезными средствами, необходимо широко пользоваться в наступающих частях различными сухими средствами противопедикулезной обработки (порошок пиретры, дусты «СК» и др.). Этими средствами следует периодически—не реже одного раза в три дня — обсыпать белье изнутри, особенно в местах, излюбленных насекомыми (поясничная часть кальсон, ширинка, части каль-

сон у нижних завязок, ворот рубахи, подмышечные швы и подол рубахи).

Этими же средствами следует широко пользоваться (особенно порошком пиретры) при вынужденном расположении в помещениях, неблагополучных по вшивости. Обильное присыпание подстилки, пола, на котором приходится ложиться, и др. может принести несомненную пользу.

Необходимо установить, как правило, чтобы войска не располагались в помещениях вместе с населением. Помещения, занимаемые под воинские части, необходимо предварительно так же тщательно освободить от насекомых (ошпаривание кипятком, удаление имущества населения, мытье 5% нафтализолом), как тщательно они проверяются на отсутствие мин.

Наконец, нужно всегда иметь в армейском резерве несколько расчетов ОДР с тем, чтобы использовать их для быстрой и массовой санитарной обработки частей и соединений, выводимых из боев в армейский резерв. Таким же резервом должен располагать и фронт для санитарной обработки соединений, выводимых в резерв фронта и для помощи армиям.

Четвертое условие эпидемиологического благополучия наступающих частей — тщательный санитарный контроль и обработка пополнений, вливающихся в действующие части из любых источников.

Контроль за состоянием пополнений, идущих из тыла, должен начинаться на фронтовых санитарно-контрольных пунктах и проводиться неоднократно, пока пополнения не вольются в действующие подразделения. Задачи фронтового и армейского санитарно-контрольного пункта, расположенного на железной дороге или на грунте, а также любой другой контрольной организации состоят не только в определении санитарного качества эшелона или команды. Эти задачи значительно шире и ответственнее.

Санитарно-контрольный пункт обязан: осмотреть поголовно весь состав эшелона или команды; выявить больных и изолировать их, а если имеются показания, и снять их из эшелона; выявить завшивленных и подвергнуть их и их имущество надежной санитарной обработке; после санитарной обработки проверить еще раз ее качество; проследить строго за тем, чтобы никто не уклонился от положенной санитарной обработки; произвести дезинсекцию вагонов, если к этому имеются показания; проверить знание сопровождающим медицинским персоналом своих обязанностей; инструктировать его и снабдить необходимыми средствами (медикаменты, дезинфицирующие средства); если имеются показания, обследовать весь эшелон, всю команду или население отдельных вагонов и отдельные подразделения; информировать о своих действиях начальника санитарного управления фронта или начсанарма; сделать ясные и точные обоснованные записи в санитарном паспорте эшелона или команды.

К сожалению, выполнение этих важнейших обязанностей иногда поручается полуграмотным людям. В результате страдают войска.

Прибывшие пополнения должны быть тотчас же подвергнуты очень тщательной санитарной обработке с проверкой ее качества и только после этого размещены отдельно, а не размещаться на свободные места среди уже имеющихся в полку людей. Для этого запасный полк обязан иметь соответствующие помещения. Явно больных выделяют и изолируют еще до санитарной обработки. После санитарной обработки люди подвергаются тщательному медицинскому осмотру. Нуждающимся обеспечивается лечение; подозрительных на заболевания изолируют.

За время пребывания пополнений в запасном полку им необходимо произвести соответствующие прививки, если последние ранее не были проделаны. Людей необходимо ежедневно осматривать; завшивленные и окружающие их должны подвергаться повторной санитарной обработке, а выявляемые больные — немедленной изоляции.

За время 14-дневного карантина данную партию нельзя смешивать с другими, прибывшими в другое время — раньше или позже.

Маршевые команды, направляемые в действующие части, должны комплектоваться из лиц здоровых, чистых, прошедших карантин. Каждой такой команде командование полка выдает санитарный паспорт установленной формы, который и предъявляется начальником команды в месте ее сдачи.

Если оперативная обстановка потребует досрочного (до истечения срока карантина) формирования маршевых команд, то эти команды могут быть отправлены в действующие части только при условии абсолютно надежного обезвшивливания.

В санитарном паспорте в этом случае должны быть сделаны соответствующие записи для того, чтобы врач части, получающей данное пополнение, мог бы установить за прибывшими особо внимательный медицинский и санитарный контроль.

Для выполнения всех этих требований каждый запасный полк, приходя в новое место расположения, должен немедленно обеспечить себя помещениями для карантинизации, баней и дезинфекционными камерами необходимой пропускной способности. Значительная стационарность запасных частей и наличие рабочих рук позволяют в любых условиях выполнить эти требования, особенно при достаточной активности медицинской службы этих частей.

Армейские и фронтовые запасные части должны постоянно находиться под внимательным контролем противоэпидемической службы, для чего необходимо закрепить за этими частями отдельных эпидемиологов.

Пятое условие успешной противоэпидемической работы в наступающих войсках — хорошо организованная противоэпидемическая борьба на путях эвакуации раненых и больных.

Потоки раненых, естественно увеличивающиеся в период активных боевых операций, требуют особого внимания в смысле их противоэпидемического обеспечения. Для проведения противо-

эпидемической работы во всех госпиталях назначаются ответственные лица из среды врачебного состава. Не будучи часто достаточно подготовленными в области практической эпидемиологии, эти лица нуждаются в помощи и инструктаже со стороны специалистов-эпидемиологов. Эта помощь должна быть обеспечена. Работу этих лиц следует систематически контролировать.

На всех этапах эвакуации должна быть прежде всего обеспечена санитарная сортировка раненых. Цель ее — быстрейшее отделение больных от раненых, устранение возможности контактной передачи инфекции. Вторая задача — приведение раненых и больных в надлежащее санитарное состояние — санитарная обработка. Для этой цели каждый госпиталь должен иметь санитарный пропускник, предшествующий перевязочной, и дезинсекционную камеру (землянку или подвижного типа). При санитарной обработке раненых особое внимание обращают на обработку волосистых покровов тела, обмундирования и белья, а также и повязок. Повязки нужно тщательно осмотреть и те, в которых будут обнаружены вши, обязательно сменить в перевязочной. Завшивленный перевязочный материал здесь же погружается в мыльный раствор (лучше с керосином), а затем подвергается кипячению и стирке.

Гипсовые повязки следует проверять на завшивленность, и при обнаружении вшей, даже при отсутствии медицинских показаний, эти повязки приходится менять. Поэтому значительно выгоднее уже на тех первых этапах эвакуации, где организовано гипсование, при накладывании повязок пользоваться для укрепления на ране перевязочного материала бинтами, пропитанными мылом «К», или же засыпать под гипсовые повязки сухие антипаразитарные средства.

Раненые, находящиеся на излечении в полевых госпиталях, должны систематически, лучше ежедневно, подвергаться контролю.

При обнаружении педикулеза необходима немедленная обработка раненого, его белья, постельных принадлежностей, в том числе одеяла и тюфяка.

Для содержания больных, подозрительных на инфекционные заболевания, каждый госпиталь должен иметь свой изолятор. Раненые, прибывшие в госпиталь в партии, среди состава которой обнаружены инфекционные больные, подлежат отдельному размещению и внимательному медицинскому надзору в течение срока инкубации предполагаемого заболевания.

Эвакуация раненых из полевых госпиталей в тыл может быть допущена только при тщательном их обезвшивливании. Для выполнения этой задачи госпитали должны быть снабжены необходимыми материальными средствами.

Перечисленные пять основных условий являются обязательными для успеха профилактики эпидемических заболеваний в наступающих войсках, прежде всего профилактики сыпного тифа.

★

Подполковник медицинской службы В. В. СКВОРЦОВ

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ АКТИВНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ДИЗЕНТЕРИИ В ВОЙСКАХ

Специфическая профилактика путем предохранительных прививок занимает одно из важнейших мест. До последнего времени против дизентерии не было ни общепризнанного препарата, ни единого метода специфической профилактики. На протяжении многих лет прививки против дизентерии в войсках проводятся по методу Безредки per os таблетками.

Между тем огромная литература указывает на весьма слабую эффективность этого метода. Недостаточная эффективность сухой противодизентерийной вакцины может быть обусловлена не только энтеральным методом введения антигена, при котором в кровь попадает лишь некоторая часть антигена, но также и принятым в настоящее время в наших бактериологических институтах методом изготовления энтеральных вакцин, в значительной степени снижающих иммуногенные свойства препарата (Троицкий). В связи с этим огромное значение приобретает вопрос парентеральной вакцинации.

Некоторые из препаратов для подкожного применения, предложенные в самое последнее время, получили широкую апробацию в Красной Армии. К числу этих вакцин в первую очередь относится поливакцина НИИСИ.

Авторы поливакцины (Гофен, Александров) исходили из необходимости изыскания метода однократной и одновременной вакцинации не только против дизентерии, но и против всей группы кишечных инфекций.

Поливакцина НИИСИ является таким комплексным препаратом для однократной иммунизации против дизентерии (Шига и Флекснера), брюшного тифа, паратифов, холеры, а также против столбняка. В этом огромнейшее преимущество поливакцины по сравнению со всеми другими подкожными препаратами.

Принципиально новым в этом препарате является использование в качестве иммунизирующего агента полных микробных антигенов. Рядом работ, проведенных за рубежом, установлено, что роль вакцинирующего, иммунизирующего агента у возбудителей кишечных инфекций играет липоидно-полисахаридный фактор бактерий, или, как его иначе называют, соматический антиген, О-антиген, Antigen complet, т. е. «полный антиген», эндотоксин бактерий. Исходя из данных о высокой иммуногенной эффективности полных микробных антигенов, последние включены в состав вакцины вместо микробных клеток.

Изготовление вакцины производится с использованием принципа «депо» путем адсорбции полных антигенов на фосфате кальция. Использование принципа депо разрешает задачу насыщения организма достаточным количеством антигена и обеспечивает условия его медленной резорбции из места инъекции.

При испытании в широком эксперименте на животных (4 000 белых мышей и 600 морских свинок) поливакцина показала высокую иммуногенную эффективность по отношению ко всем входящим в ее состав компонентам (Гефен).

В сентябре 1941 г. НКЗдрав СССР допустил поливакцину НИИСИ к широкому эпидемиологическому испытанию.

Испытания на реактивность, проведенные на больших коллективах, показали, что поливакцина безвредна и мало реактивна, уступая даже реактивности тифозной тривакцины.

Массовые прививки поливакциной в войсках начались в июне—июле 1942 г. Отдельные наблюдения, проведенные за летне-осенний период 1942 г., показали, что заболеваемость дизентерией среди привитых поливакциной гораздо ниже, чем среди привитых таблетками, и тем более ниже по сравнению с непривитыми. Например, в одном из районов за июль-август 1942 г. на контингентах, исчисляющихся в несколько тысяч, заболеваемость дизентерией среди привитых поливакциной составляла 0,20 на 1 000, среди привитых таблетками — 2,7 и среди непривитых — 8,6 на 1 000. По материалам наблюдения среди гражданского населения в другом районе за лето 1942 г. заболеваемость привитых поливакциной была ниже по сравнению с привитыми таблетками в 2—3½ раза.

Уже на основании первых наблюдений можно сказать, что данные первого года прививок поливакциной дали ободряющие результаты. Это в свою очередь послужило достаточным основанием для проведения массовых прививок поливакциной во фронтах в 1942 г., и в весенний период 1943 г. личный состав ряда армий был привит поливакциной на 90—95%.

Военные условия не дали возможности организовать широкое наблюдение за привитыми контингентами и дать оценку эпидемиологической эффективности препарата. Однако в отдельных армиях все же удалось провести такие наблюдения. По материалам N-ского фронта, заболеваемость дизентерией среди привитых за летне-осенний период 1943 г. в 17—20 раз ниже заболеваемости среди непривитых контингентов (Часовников). По данным одного из южных фронтов, заболеваемость среди привитых поливакциной за тот же период в 3 раза меньше заболеваемости среди непривитых.

В одной войсковой части Среднеазиатского военного округа, где прививки были проведены таблетками, заболеваемость дизентерией за июль—сентябрь 1943 г. была выше в 5—9—12 раз, чем в других частях, где прививали поливакциной, хотя остальные условия были приблизительно одинаковы.

Серьезного внимания заслуживает факт роста или снижения общей заболеваемости дизентерией по всей армии. Известно, что во время войны 1914—1918 гг. заболеваемость дизентерией в ряде армий воюющих стран росла с ходом военных действий. Так, заболеваемость дизентерией в германской армии (по Гофману) неуклонно возрастала по годам войны: 4,3, 5,1, 9,4 и 24,3 на 1 000.

Кривая заболеваемости дизентерией в действующих частях Красной Армии на третьем году Великой отечественной войны, наоборот, дала резкое снижение.

Было бы неправильно считать, что снижение заболеваемости во фронтах на третьем году войны произошло только благодаря тому, что весной 1943 г. войска были иммунизированы в значительном своем большинстве поливакциной. Но в общей системе мероприятий профилактического и лечебного порядка, проводимых в войсках по борьбе с дизентерией, фактор специфической профилактики, повидимому, играет далеко не последнюю роль. Предупредительные мероприятия неспецифического характера проводились с одинаковой интенсивностью повсеместно.

В текущем году контингент прививаемых поливакциной еще более расширяется. Вопрос об изучении эпидемиологической эффективности поливакцины в отношении всех компонентов, входящих в ее состав, является одним из наиболее актуальных для всех военных эпидемиологов и санитарно-эпидемиологических учреждений армий и фронтов.

Наряду с поливакциной в течение летнего периода 1943 г. в некоторых округах проводились прививки против дизентерии другим новым препаратом — дианавакциной. Первые опыты иммунизации этим препаратом ВИЭМ были начаты еще весной 1941 г. в войсках Среднеазиатского и Закавказского военных округов. Однако, кроме данных о слабой реактивности этого препарата, других сведений получить тогда не удалось.

В октябре 1942 г. на совещании эпидсекции Ученого совета при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной Армии было, между прочим, рекомендовано применение анавакцины. К сожалению, данных по изучению эпидемиологической эффективности анавакцины получить в 1943 г. не удалось. Так как в 1944 г. в округах охват прививками анавакциной будет значительно больше, нужно, чтобы окружные эпидемиологи и санитарно-эпидемиологические лаборатории организовали тщательное наблюдение за эпидемиологической эффективностью этого препарата.

В текущем году найдет также некоторое применение и энтеральная вакцина (таблеточная) против дизентерии.

Таким образом, разнообразие средств, принятых для специфической профилактики дизентерии в Красной Армии, дает возможность широкого сравнительного изучения эпидемиологической эффективности каждого из них на больших контингентах. К концу 1944 г. мы должны иметь определенное суждение о вакцинах, получивших широкую апробацию в Красной Армии.

При появлении заболеваний дизентерией должен попрежнему применяться дизентерийный бактериофаг, обладающий наиболее коротким сроком инкубации иммунитета, т. е. действующий почти моментально и потому незаменимый.

★

Майор медицинской службы Е. С. ШУЛЬКИН

ТЕЧЕНИЕ СЫПНОГО ТИФА У ПРИВИТЫХ ВАКЦИНОЙ ПРОФ. М. К. КРОНТОВСКОЙ

Среди сыпнотифозных больных было 30 человек, получивших троекратную прививку вакциной Кронтовской, и 6 человек, получивших 1—2 прививки. У вакцинированных полностью за 1—3 месяца до заболевания течение сыпного тифа отличалось значительной легкостью. По клиническим формам наблюдалось:

Клинические формы	Среди вакцинированных %	Среди не вакцинированных %
Иммунореактивная	90	3,7
Реактивная	10	69,8
Анергическая	0	26,5
Всего . . .	100	100

Продолжительность лихорадочного периода у привитых в среднем равнялась 9 дням, у непривитых — 16 дням. Чаще всего у привитых лихорадка продолжалась 6—9 дней, достигая нередко 39—40°, но почти всегда со значительными утренними ремиссиями. Затемнения сознания не было, лишь 1 раз наблюдался легкий скоро прошедший бред. Ослабления памяти, понижения слуха и т. п. не наблюдалось. Небольшая головная боль была у всех больных. Сыпь наблюдалась у 28 больных, розеолезная и розеолезно-папулезная, не обильная, часто крупнее обычной; петехии отмечены у 2 больных. Язык у всех был влажный, чистый, иногда слегка обложенный у корня. Пульс всегда соответствовал температуре. Увеличение печени было у 4 больных; небольшое увеличение селезенки наблюдалось часто. Положительная реакция Вейль-Феликса наблюдалась во всех случаях в разведениях не ниже 1 : 400. У двух больных из числа получивших только две прививки вакциной Кронтовской болезнь протекала значительно легче. Влияние возраста больных не замечено.

Троекратное введение вакцины Кронтовской с 5-дневными промежутками вызывает выработку иммунитета, не всегда достаточного для предохранения от заболевания, но значительно облегчающего течение болезни.

★

Майор медицинской службы доцент А. В. БУРМАКИН

Заслуженный врач УзССР капитан медицинской службы ОСАДЧАЯ

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЫПНОГО ТИФА У ПРИВИТЫХ ПО СПОСОБУ ПРОФ. М. К. КРОНТОВСКОЙ

Из 1 000 человек, привитых вакциной проф. Кронтовской, заболело 9 человек. Течение болезни во всех случаях было легкое, никаких осложнений не наблюдалось, все выздоровели. Лихорадочный период продолжался от 7 до 14 дней, в среднем 10,8 дня. Отсутствовали явления значительной интоксикации, головная боль наблюдалась в одном случае. Тяжелых явлений со стороны сердечно-сосудистой и нервной системы не было. Розеолезно-петехиальная сыпь наблюдалась только у двух больных, у остальных сыпь была розеолезная, у большинства — необильная. Сознание у всех больных во все время болезни было ясное. Благоприятное влияние произведенной вакцинации по способу Кронтовской на течение заболевания несомненно.

Подполковник медицинской службы Д. К. ВАСЮТА и майор медицинской службы И. И. ХАРШАТ

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПИТЬЕВОЙ ВОДОЙ УДАРНОЙ ГРУППЫ АРМИИ В НАСТУПЛЕНИИ

Снабжение войск водой в условиях ведения боевых действий в безводных местностях является одной из важных, жизненно необходимых и сложных задач. В этих условиях первостепенное значение приобретает сбор сведений об имеющихся источниках водоснабжения, качестве и количестве воды в них, местах, могущих быть использованными для открытия новых водоисточников. Использование всех водных запасов должно осуществляться по разработанному плану водоснабжения.

План водоснабжения ударной группы армии должен предусматривать использование движущимися передовыми частями всех имеющихся водоисточников после тщательной проверки на ОВ и яды, с обязательным обеззараживанием воды кипячением или хлорированием. Части и бойцы заранее должны быть обеспечены всем необходимым для группового и индивидуального обеззараживания воды (хлорная известь для хлорирования воды в бочках, пантоцид, гипохлорид кальция или раствор хлорной извести для хлорирования индивидуальных запасов воды во флягах; кипячение в кухнях, котелках, ведрах и т. д.).

Однако запасы воды в имеющихся водоисточниках в безводных местностях расходуются передовыми частями в первые же дни, а иногда часы, а тылы, начиная с полковых, в таких случаях остаются без воды и лишаются возможности обеспечивать войска горячей пищей, выпечкой хлеба и пр.

Планом водоснабжения должно быть предусмотрено в таких местностях немедленное устройство новых водоисточников для обеспечения тылов, а иногда и боевых передовых подразделений. Устройство и оборудование их для обеспечения доброкачественной водой войск, действующих на главном направлении армии в степной полосе и испытывающих большие затруднения в получении воды, осуществляются армейской ротой полевого водоснабжения, усиливающейся фронтовыми гидротехническими ротами.

Вторым главным условием обеспечения ударной группы армии водой является экономия последней. Все водоисточники отвоеванных территорий немедленно учитываются и на основании качества воды в них, санитарного состояния окружающей террито-

рии и технического состояния делятся на две группы. Первая группа водоисточников (колодцы, пруды и др.), имеющие положительную оценку по вышеуказанным показателям, выделяются исключительно для питья и приготовления пищи и строго охраняются. Вторую группу составляют все прочие водоисточники, предназначенные для обеспечения технических потребностей войск и конского состава.

В отдельных случаях, когда в избранных для питья водоисточниках воды немного, водопотребление должно быть строго нормировано. В таких случаях нормы могут быть снижены до 3,5 л воды в сутки на человека, однако не больше, чем на 3 суток, в противном случае заметно нарастают явления нарушения водного баланса в организме.

Имеют большое значение тренировка войск обходиться малым количеством воды и получение воды из снега (обязательно в кипяченом виде).

Основными источниками водоснабжения в районе действия ударной группы N-ской армии являлись шахтные колодцы. На ряде безводных участков действия ударной группы армии роты полевого водоснабжения устраивали новые шахтные колодцы, которыми в основном пользовались части и подразделения второго эшелона.

Наступающие части перед выходом на исходное положение заполняли фляги, кухни и другую тару хлорированной или кипяченой водой. Бойцам выдавались таблетки пантоцида для обеззараживания индивидуальных запасов воды или раствор хлорной извести в бутылках. Бойцы-хлораторщики производили обеззараживание воды во флягах, ведрах.

По мере продвижения частей вперед, с наступлением зимы, трудности в обеспечении частей армии усложнились. Это заставило передовые части прибегнуть к добыче воды из снега при обязательном соблюдении следующих условий: забор снега производится с чистых участков, расположенных в стороне от дорог, жилья, уборных и т. д. Снег собирается в чистую тару — ведра, кухни, котелки и другую посуду, и вода из него добывается путем подогрева.

Выводы

1. Обеспечение ударной группы армии водой в безводных местностях должно осуществляться с точным учетом всех заранее разведанных местных возможностей по детально разработанному плану, предусматривающему необходимое количество водоисточников, подлежащих устройству силами армейской роты полевого водоснабжения для войсковых тылов, а в отдельных случаях и для подвоза воды из них передовым частям.

2. Ударные группы армии, действующей в безводной местности, должны быть усилены специальными подразделениями фронтового подчинения.

3. Войска должны быть хорошо инструктированы и обеспечены средствами по обеззараживанию воды для питья.

Полковник медицинской службы Н. Г. ПОЛЯКОВ

О ЗАГОТОВКАХ МЕДИЦИНСКОГО ИМУЩЕСТВА НА МЕСТАХ

В период Великой отечественной войны во фронтах, отдельных армиях и округах довольно широко проводились децентрализованные заготовки имущества. Была проявлена большая инициатива и находчивость в приобретении целого ряда остро необходимых и дефицитных средств и предметов.

Больших показателей по заготовкам на местах добился Северо-западный фронт, увеличивший заготовку по валовой стоимости почти в десять раз по сравнению с первым годом. Фронт заготовил галеновые препараты, глюкозу, медицинскую камфору, пантопон, стрептоцид, новокаин, эфир для наркоза и другие, противостолбнячную сыворотку, гипс, бинты, марлю, вату, иглы к шприцам, пинцеты, ножницы хирургические, столы хирургические, резиновые грелки, стетоскопы, шины Дитерихса, костыли, банки стеклянные и прочее имущество.

Хороших результатов в работе по заготовкам на местах добились Ленинградский, Дальневосточный, Западный, бывший Калининский, бывший Брянский, Закавказский фронты, хотя сумма стоимости заготовленного ими имущества за второй год войны по сравнению с первым заметно снизилась. На этих фронтах заготовлялись из медикаментов наиболее ходовые и дефицитные: камфора, кофеин, глюкоза, фенацетин, пирамидон, стрептоцид, сульфидин, акрихин, хинин, иод, нашатырный спирт, касторовое масло и др.; гипс, бакпрепараты, шины, укладочные сумки, хирургический инструментарий, носилки, теплые одеяла, халаты, кислород в баллонах, физиоаппаратура, рентгеновская пленка, глазные протезы, боры зубоврачебные, пластмасса АКР-7, зубы литые, стеклянная посуда, кипятильники, лодочки-волокуши, сани санитарные, дезинфекционные камеры и другое имущество.

Значительно снизили заготовку имущества во втором году войны сравнительно с первым бывший Юго-западный, бывший Центральный и Карельский фронты, хотя на этих фронтах, особенно на Карельском, заготовлялись такие дефицитные средства, как рыбий жир, кофеин, глюкоза, салол, гематоген, уротропин, гипосульфит, сольвент-паста и др., серная кислота, гипс, марля, бинты, пинцеты, скальпели, ножницы, стетоскопы, экраны просвечивающие, зубы металлические, боры, пипетки, банки стеклянные, очки-консервы, бучильники, дезинфекционные камеры и др.

Широко использовались на фронтах местные ресурсы сырья и местная промышленность. Работники ряда фронтов добились в этом больших успехов.

На Карельском фронте на месте производят: агар-агар из водорослей, очки-консервы для защиты глаз бойцов от «снежной болезни», клеол из хвойной смолы, химические грелки, мох, заменитель ваты, гипс и др. На Северо-западном фронте организовано производство галеновых лекарственных препаратов, производство банно-дезинфекционных установок, ремонт хирургического инструментария.

Хороших показателей в деле заготовок имущества за 1942 г. и первое полугодие 1943 г. добились санитарные отделы Среднеазиатского, Приволжского, Уральского и Московского военных округов.

Значительно снизили темпы заготовок в первом полугодии текущего года сравнительно с 1942 г. Архангельский, Сибирский и Южноуральский военные округи. В меньшей степени снизил заготовку Забайкальский округ.

В округах, подобно фронтам, заготовлялось ценное и остродефицитное медицинское имущество; из медикаментов: сульфидин, стрептоцид, диуретин, калий иодистый, салол, настойки разные, морфин, пантопон, глюкоза, адреналин, аспирин, хинин, кофеин, камфора, натрий хлористый, барий сернокислый, висмут азотнокислый; дусты, хлорная известь, сольвент, бакпрепараты; бинты, комплекты перевязочные, марля, вата, шелк, кетгут, гипс, шприцы, пинцеты, стерилизаторы, иглы для шприцев, ножницы хирургические, ножи садовые, грелки резиновые, иглы хирургические, зонды, перчатки резиновые; столы хирургические, укладочные ящики; костыли, носилки, сумки санитарные, стекла для очков, очки, стеклянная посуда, мочеприемники, гидропульты и другое имущество.

В 1944 г. необходимо еще шире проводить заготовки медицинского имущества на местах во фронтах, армиях, округах, с реализацией фондов на металл, пиломатериал, ткани, химикалии и другое сырье при проведении централизованных заготовок. Во избежание встречных и ненужных перевозок имущества необходимо всячески использовать местную промышленность и местные сырьевые ресурсы для изготовления и получения на месте необходимого Красной Армии медико-санитарного имущества.

Неиспользование местных средств и промышленных возможностей в деле децентрализованных заготовок происходит зачастую из-за отсутствия настойчивости и инициативы, а также укоренившейся у некоторых работников привычки обращаться каждый раз в центр за отпуском всякого имущества, даже такого, которое есть в готовом виде на местах (о чем не знают наши работники) или которое возможно произвести и получать во фронтах и округах.

★

Гвардии подполковник медицинской службы канд. медицинских наук

М. Ф. ВОЙТЕНКО

ИМПРОВИЗАЦИЯ ОСВЕТИТЕЛЬНЫХ ПРИБОРОВ ДЛЯ ОСВЕЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ПУНКТОВ

В боевой обстановке освещение рабочего места в медицинских учреждениях нередко становится трудно разрешимой проблемой: положенные по табели осветительные приборы (фонари «летучая мышь», керосиновые лампы и пр.) на складах часто отсутствуют, а на месте достать их также не удается. Кроме того, эти приборы крайне недолговечны: их стекла бьются, а запасных нет. В таких случаях остается один выход — импровизировать осветительные приборы. Нам неоднократно приходилось наблюдать, как находчивый санитарный начальник, умело используя для освещения подручные средства, обеспечивал круглосуточную работу своего медицинского пункта и, наоборот, вялый, мало инициативный начальник перед «проблемой света» разводил руками и почти прекращал работу пункта. Между тем именно ночью на медицинских пунктах много работы, так как обычно к ночи поступление раненых достигает максимума.

Описываемые нами приборы получили широкое распространение в медицинских учреждениях Сталинградского фронта, и многие из них вполне себя оправдали.

Наиболее простым источником света может служить обыкновенная коптилка, устроенная из бутылки, консервной банки или другого сосуда. Изготовить такую коптилку очень просто: металлическую трубку продевают в отверстие крышки консервной банки или пробки бутылки, а в трубку вставляют ватный, марлевый или полотняный фитиль, конец которого опускают в горючую жидкость — керосин, бензин, лигроин. Во избежание воспламенения при пользовании бензином в коптилку следует насыпать немного соли.

Но такие коптилки дают мало света. Больше света дает четырех-пятифитильная коптилка (рис. 1); она вполне удовлетворительно освещает землянку средних размеров. Коптилки дают много копоти, но это легко устранить, установив над коптилкой конец перевернутого вверх дном металлического жолоба, второй конец которого выведен наружу через отверстие в окне.

Значительно лучше светильники из снарядных гильз. Они дают значительно больше света и меньше копоти, не так легко гаснут при движении воздуха, и всегда имеется под рукой материал, из которого импровизируется светильник. Готовится такой светильник следующим образом: из куска суконного материала (старой шинели, обмотки или суконной портянки), вырезают фитиль шириной несколько больше диаметра гильзы. С помощью гвоздя в гильзе делают отверстие для заливки горючего.

В гильзу вставляют фитиль и затем сплющивают края гильзы настолько, чтобы они более или менее плотно сжимали фитиль. В результате получается осветительный прибор, напоминающий большую свечу с продолговатым фитилем (рис. 2). Во избежание воспламенения горючей жидкости отверстие, через которое ее наливают, следует плотно закрывать деревянной пробкой.

Однако для регулирования силы света фитиль приходится поднимать иголкой или булавкой, что неудобно.

Очень остроумным по идее и простым по устройству является газовый светильник. В отличие от других импровизированных источников света в газовом светильнике горит не фитиль, смоченный горючей смесью, а газ бензина.

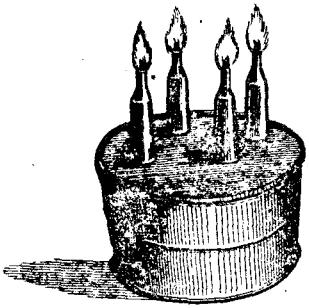


Рис. 1. Многофитильная коптилка из металлической консервной банки

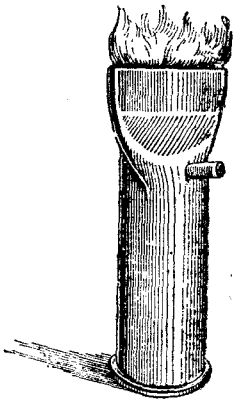


Рис. 2. Светильник из гильзы

Устроен такой светильник следующим образом: в металлической трубке, запаянной (или склепанной наглухо) с одного конца, сделано несколько (4—6) точечных отверстий. Отверстия располагаются на 1—1,5 см от запаянного конца трубки и чем меньшего они диаметра, тем лучше. В трубку вставлен ватный или марлевый фитиль, не доходящий до отверстий на 0,5—1 см. Сосуд, в котором находится горючая жидкость (бутылка, консервная банка и т. п.), должен быть герметичным. Через отверстие в пробке бутылки или крышке консервной банки пропускают трубку с фитилем, запаянным концом вверх, и плотно закупоривают бутылку. Конец фитиля погружается в горючую жидкость. Для зажигания такого светильника надо запаянный конец трубки слегка подогреть спичкой или куском горящей бумаги. Газы, образующиеся в пространстве между концом трубки и фитилем, воспламеняются и горят при выходе из трубки (рис. 3).

Двух-трех светильников вполне достаточно для освещения операционной средних размеров.

Парафиновый светильник изготовляют из металлической консервной банки, вырезав ее дно. Из железа делают горелку, напоминающую горелку обыкновенной керосиновой лампы. На нижнем конце горелки делают насечки и полосы железа расправляют в стороны — этим горелке придают устойчивое положение и образуют щели, через которые расплавленный парафин проходит к фитилю (рис. 4). Тряпичный или суконный фитиль вставляют в горелку так, чтобы конец его несколько не

доходил до нижнего конца горелки. Горелку ставят в середину консервной банки, обкладывают кусками парафина и зажигают фитиль (рис. 5). Горелка быстро нагревается, парафин плавится и поступает через щели в нижнем конце горелки к фитилю.

Парафиновый светильник дает ровный и нежный свет и хорошо освещает помещение, но он требует дорогого и не всегда имеющегося парафина.

В прифронтовой полосе нередко можно найти керосиновые лампы, но обычно нельзя достать ламповых стекол. Заменить ламповое стекло можно стеклянной консервной банкой или широкой бутылкой. Из консервной

Рис. 3. Газовый светильник из бутылки

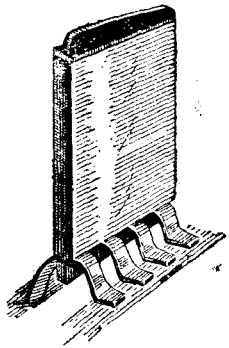


Рис. 4. Устройство горелки парафинового светильника

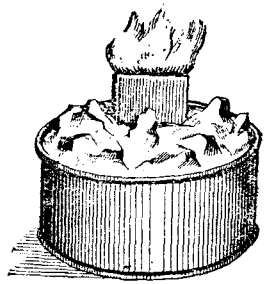


Рис. 5. Парафиновый светильник из металлической консервной банки

банки надо вырезать дно. Для этого или помещают холодную банку до определенного уровня в кипящую воду, или нагревают место желаемого разреза банки горящей ниткой. При первом способе нередко разбивается вся банка. По второму способу суровую или шерстяную (с ворсинками) нитку смачивают горючей жидкостью и обматывают банку или бутылку в том месте, где надо ее разрезать. Затем нитку поджигают и ждут несколько минут, пока сгорит жидкость. На месте горения нитки стекло сильно накаляется, и если теперь банку быстро поместить в холодную воду, стекло расколется на месте нагрева. В результате из консервной банки получается полый цилиндр с открытыми концами.

Чтобы приспособить этот цилиндр в качестве стекла для лампы, из картона вырезают круг диаметром, несколько бо́льшим диаметра банки. В кругу вырезают отверстие таких размеров, чтобы через него проходила горелка лампы своей верхней частью и задерживалась на пояске. На этот круг и ставят консервную банку, а чтобы получить тягу, на цилиндр помещают колпак из бумаги. Консервная банка из чистого и прозрачного стекла в таком случае вполне заменяет обыкновенное ламповое стекло.

★

25-ЛЕТИЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО ВОЕННОГО КРАСНОЗНАМЕННОГО ГОСПИТАЛЯ ИМЕНИ П. В. МАНДРЫКА

17.V.1944 г. Центральный военный краснознаменный госпиталь им. П. В. Мандрыка отпраздновал 25-летие своей работы.

Славная годовщина госпиталя была ознаменована личным поздравлением Верховного Главнокомандующего Маршала Советского Союза товарища И. В. Сталина.

Вместе с этим госпиталь был награжден орденом Красного Знамени за заслуги в области лечения раненых и больных офицеров Красной Армии. Награждены орденами и медалями 54 старейших работника госпиталя и поликлиники.

Госпиталь по сформировании в Москве в начале 1919 г. был направлен в г. Серпухов для обслуживания полевого штаба РВСР. Одновременно с госпиталем была организована поликлиника наркомата обороны, впоследствии перешедшая в полное ведение госпиталя. В августе 1919 г. госпиталь был переведен в Москву, а с 1920 г. обосновывается в доме № 4/10 по Серебряному переулку, где и находится в данное время. Дом этот за истекшие годы постепенно надстраивался в связи с расширением госпиталя.

За время своего существования госпиталь неоднократно переименовывался. Постановлением Совнаркома СССР от 9.IV.1943 г. госпиталю присвоено имя бывшего начальника госпиталя покойного генерал-майора медицинской службы П. В. Мандрыка, чем были отмечены роль и значение П. В. Мандрыка в организации и работе госпиталя, начальником которого он состоял непрерывно в течение 20 лет.

П. В. Мандрыка, будучи замечательным хирургом и администратором, создал госпиталю то особое положение, которое он занимает среди военно-лечебных заведений Красной Армии (см. некролог П. В. Мандрыка в журнале «Военно-санитарное дело», № 7, 1943).

После смерти П. В. Мандрыка начальником госпиталя назначен ближайший и долголетний помощник покойного — генерал-майор медицинской службы В. А. Коровай, награжденный правительством 16.V.1944 г. орденом Ленина.

Госпиталь обслуживает преимущественно руководящий командный состав наркомата обороны и членов их семей.

В госпитале оказывается высококвалифицированная помощь и созданы комфортабельные условия содержания больных и образцовый уход за ними.

Небольшой по размерам госпиталь снабжен всей необходимой диагностической и лечебной аппаратурой. Богато оснащены рентгеновское и лабораторное отделения. Особенно выделяются своим техническим оборудованием хирургические отделения. Причиной тому является преобладание хирургической работы в лечебном профиле госпиталя. На большой высоте находятся зубоврачебное отделение и зуботехническая лаборатория, производящие самые сложные работы по лечению и протезированию полости рта. Новейшей отечественной и импортной аппаратурой снабжено физиотерапевтическое отделение.

К консультативной работе в госпитале привлекались и привлекаются лучшие специалисты Союза, как Герой социалистического труда генерал-полковник медицинской службы Н. Н. Бурденко, профессора С. С. Гирголав, В. Н. Шамов, С. С. Юдин, М. С. Вовси, В. С. Левит, А. Э. Рауэр, В. Л. Эйнис, В. К. Хорошко, Р. М. Фронштейн, Б. А. Архангельский и др.

Консультативная работа этих специалистов обеспечивает, с одной стороны, самую квалифицированную медицинскую помощь больным, а с другой — является ценной школой для врачей госпиталя в отношении их практической и научной деятельности.

За 25 лет через госпиталь прошло около 50 000 больных и раненых, проделано 15 000 разнообразных операций.

Госпиталь имеет санаторное отделение в Болшево, где госпитальные больные после операций и лечения имеют возможность восстановить свое здоровье.

Госпиталь имеет образцовое подсобное хозяйство под Москвой, обеспечивающее больных свежими молочными продуктами, мясом и овощами.

Поликлиническая сеть госпиталя представляет собой мощный комбинат, в котором оказывается всесторонняя поликлиническая помощь офицерам и членам их семей. Для целей диагностики и лечения поликлиника со своими филиалами снабжена всеми лечебными и диагностическими кабинетами и обслуживается квалифицированными врачами всех специальностей. За 25 лет работы отмечено 2,5 млн. амбулаторных посещений.

За время Великой отечественной войны работа госпиталя, особенно его хирургических отделений, стала наиболее напряженной. Все силы госпиталя мобилизованы для четкой работы по обслуживанию медицинской помощью руководящего состава Красной Армии.

На торжественном вечере 17.V.1944 г., посвященном 25-летию госпиталя, было с большим воодушевлением послано приветствие Верховному Главнокомандующему Маршалу Советского Союза товарищу И. В. Сталину. В этом приветствии коллектив дал обещание удесятерить свою энергию в деле скорейшего и наиболее полного восстановления здоровья наших воинов и возвращения их в ряды славной Красной Армии.

Генерал армии А. В. Хрулев в своей речи, обращенной к сотрудникам госпиталя, призывал еще лучше поставить дело оказания медицинской помощи офицерскому составу Красной Армии.

Генерал-полковник медицинской службы Е. И. Смирнов поздравил госпиталь с высокой правительственной наградой и указал на укрепление установившихся традиций госпиталя по всестороннему и высококачественному медицинскому обслуживанию раненых и больных.

Выступивший начальник Медико-санитарного управления Военно-Морского Флота СССР генерал-майор медицинской службы Ф. Ф. Андреев и заместитель народного комиссара здравоохранения СССР генерал-майор медицинской службы С. И. Миловидов подчеркнули особенности Центрального военного краснознаменного госпиталя, выделяющие его из числа других лечебных заведений.

В связи с 25-летием госпиталь получил поздравления и приветствия от Маршалов Советского Союза К. Е. Ворошилова, С. М. Буденного, С. К. Тимошенко, Г. К. Жукова, Маршала артиллерии Н. Н. Воронова, Маршала бронетанковых войск Я. Н. Федоренко, генерала армии И. В. Тюленева, от 1-го коммунистического госпиталя, Центрального санатория Красной Армии «Архангельское», от других лечебных заведений, а также от больных госпиталя и отдельных лиц.

Полковник медицинской службы Г. З. Рябов

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

(по материалам американской литературы за 1941—1943 гг.)

В 1941 г. на верфях Сан-Франциско вспыхнула эпидемия особой формы острого кератоконъюнктивита. Она была завезена в США, повидимому, с Гавайских островов и быстро распространилась по побережью Тихого океана, а затем достигла и восточного побережья США. Подробное описание этого эпидемического заболевания сделано впервые в 1942 г. Хогеном и Крауфордом (Hogan a. Crawford)[1], а также Рике (Rieske)[2]. Почти одновременно с этими работами были опубликованы исследования Маррей Сандерса (Murray Sanders), доказавшего вирусную этиологию этого заболевания, выделившего и изучившего некоторые свойства этого вируса[3].

Сандерс и Деннингтон (Dunnington) полагают, что заболевания сходного типа неоднократно наблюдались и описывались и раньше, начиная с 1890 г., в Австрии, Германии, Индии и на Востоке под разными названиями (keratitis superficialis punctata Фукса; keratitis superficialis Адлера; keratitis nummularis Штельвага и др.), однако родство этих заболеваний не установлено.

В декабре 1942 г. проблема эпидемического кератоконъюнктивита вирусной этиологии обсуждалась в Нью-Йорке на специальной конференции.

При одной из вспышек, относящейся к крупному промышленному предприятию с 40 000 рабочих, заболело за 25 дней 600 человек. Социальное значение заболевания определяется трудопотерями, так как все заболевшие подлежат временному снятию с работы и изоляции (от 1 до 4 недель, реже — до 8 недель), а также тем, что заболевание иногда оставляет стойкое, хотя и не очень значительное понижение зрения вследствие помутнений в центральных частях роговых оболочек.

Клиника. Болезнь эту нетрудно диференцировать от других благодаря хорошо очерченному симптомокомплексу.

Для нее характерны: 1) острый фолликулярный конъюнктивит со скудным отделяемым; 2) увеличение и болезненность предушных лимфатических желез; 3) отрицательные данные бактериологического исследования отделяемого; 4) значительное количество мононуклеаров и лимфоцитов в экссудате; 5) точечный кератит с различной площадью поражения у 50—85% всех заболевших.

В начале болезни наблюдается лишь гиперемия и отечность конъюнктивы век, причем нередки жалобы на слезотечение и чувство песка в глазах. Отделяемого очень мало, и оно либо стерильно, либо содержит непатогенные микроорганизмы (белый стафилококк, дифтероидная палочка). Спустя 12—36 часов краснеет и конъюнктива глазного яблока и наблюдается более или менее значительный отек век, чаще верхнего. Иногда отек так велик, что мешает открыть глаза для осмотра. Иногда на конъюнктиве нижних век наблюдается образование ложнодифтерийных пленок, после отделения которых в части случаев видны точечные кровоизлияния. Заболевание не всегда бывает двусторонним [по Перкинсу (Perkins) в 56%].

Регионарная аденопатия является обязательной. В Нью-Йорке в группе из 80 больных только у 5 человек не было отчетливого участия желез, но у всех 5 человек в анамнезе отмечена чувствительность соответствующей локализации. Обычно увеличены и болезненны предушные железы, но иногда

---

1 Amer. journ. Ophth., 25, 1059, 1942.
2 Journ. Amer. med. assoc., 119, 942, 1942.
3 Arch. ophth., oct. 1942; Journ. exper. med., № 1, 1943.

вовлекаются и субментальные и передние шейные железы. Больные нередко жалуются на боли вдоль нижней челюсти. Аденопатия, начинающаяся сразу же вслед за конъюнктивитом, может держаться от 1 недели до нескольких месяцев, когда больной клинически уже излечен.

Продолжительность болезни значительно варьирует у разных лиц, но не бывает меньше 8—10 дней [Тиджесон (Thigeson), Сандерс]. В большинстве случаев она равна 2—4 неделям, однако иногда острые симптомы держатся до 6—7 недель. В отдельных случаях заболевание глаз сопровождается общим недомоганием и сильными головными болями.

Роговица поражается обычно спустя 7—10 дней после начала острого конъюнктивита. Обычно появляются множественные точечные субэпителиальные инфильтраты в зрачковой области роговицы; их появление сопровождается жалобами на боль в глазу и светобоязнь. Однако иногда появление инфильтратов не вызывает других жалоб, кроме понижения зрения.

В одних очагах эпидемии зрение восстанавливалось у всех больных, в других наблюдались случаи со стойким понижением зрения в исходе болезни.

Этиология. Сандерсу удалось в 1941 г. в 5 случаях эпидемического кератоконъюнктивита выделить в острый период болезни из соскобов фильтрующийся вирус. С помощью метода тканевых культур, содержащих мозговое вещество эмбриона мыши, а затем пассажами через белых мышей удалось поддерживать высокую вирулентность вируса. Он вызывает у мышей энцефалит через 3—4 дня после интрацеребрального заражения и всегда приводит к гибели мыши через 24 часа после начала болезни.

Дальнейшие исследования Сандерса показали, что сыворотка реконвалесцента, взятая у больного эпидемическим кератоконъюнктивитом между 3-й и 6-й неделей от начала болезни, обладает выраженной и вполне специфической способностью нейтрализации вируса. При добавлении к вирусу сыворотки реконвалесцента патогенные свойства вируса в отношении мышей ослабляются в 100—10 000 раз. Это свидетельствует о том, что выделенный у больных вирус, обладающий нейротропными свойствами и вызывающий у мышей смертельный энцефалит, является для человека специфическим возбудителем эпидемического кератоконъюнктивита. Сандерс убедился в этом прямым опытом заражения вирусом глаз здорового человека (добровольца), причем удалось получить характерный, хотя и не резко выраженный симптомокомплекс эпидемического кератоконъюнктивита с увеличением и болезненностью предушных желез. Инкубационный период в этом случае был равен 4 дням.

Эпидемиология. Гарри Гредл (Harry Gredle) сообщил о случае заражения глаз окулиста и его ассистентки жидкостью, которой они промывали глаза больному эпидемическим кератоконъюнктивитом. Спустя соответствующее число дней у врача развилась та же болезнь на обоих глазах, а у его ассистентки на одном глазу.

Повидимому, распространение инфекции может происходить в глазных амбулаториях, если врачи и их помощники недостаточно тщательно моют руки перед каждым исследованием больных. Инфекция может передаваться от больного к здоровым на производстве и в семье. Значение профессии, пола и возраста не доказано. Повидимому, контагиозность заболевания вообще не очень велика.

Профилактика. Прежде всего необходимо широко ознакомить врачей с клинической картиной эпидемического кератоконъюнктивита для обеспечения ранней диагностики. Во избежание переноса инфекции от одного больного к другому в лечебных учреждениях необходимо тщательно мыть руки с мылом до и после исследования каждого больного. Все инструменты должны тщательно стерилизоваться; пипетки и стеклянные палочки должны быть индивидуальными.

Так как вирус может в течение недели сохраняться в растворах, обычно применяемых в глазной практике, все эти растворы следует чаще кипятить.

Заболевшие должны быть изолированы от коллектива возможно раньше и на все время, пока продолжаются острые явления, как инъекция, слезотечение и отек, т. е. в среднем на 3—4 недели [Восберг (Vosburgh)]. Больной может

быть допущен к работе в коллективе лишь спустя неделю после того, как все эти симптомы полностью исчезнут. Сама по себе гипертрофия фолликулов и увеличение желез не являются показанием к изоляции, так как может наблюдаться и после полного излечения больных. При появлении в коллективе первых случаев заболевания рекомендуется поголовный профилактический осмотр глаз у всего коллектива.

Больные должны иметь отдельное полотенце и мыло и тщательно оберегать свои руки от загрязнения отделяемым из глаз.

Лечение. В этом отношении испробовано было уже многое, но в оценке различных лечебных методов и средств имеются разногласия. Сульфамиды, примененные per os или местно (в виде мази), оказались эффективными в руках некоторых авторов. Однако Сандерс полагает, что они воздействуют только на вторичную инфекцию, но не на основное вирусное заболевание.

Хоген и Крауфорд рекомендуют рентгенотерапию в комбинации с 5% сульфатиазоловой мазью. Атропинизация оказалась мало эффективной. Наложение повязок, повидимому, увеличивает отек век и конъюнктивы и поэтому не может быть рекомендовано. Некоторое улучшение получается при применении холодных примочек и вкапывании 0,5% раствора пантокаина и адреналина 1 : 2 000.

Осторожное промывание раствором борной кислоты и вкапывание раствора сернокислого цинка следует предпочесть более энергичным процедурам. Туберкулинотерапия и лечение витаминами (рибофлавин, рыбий жир) не имели успеха.

При помутнениях роговицы рекомендуется применение 1,5—2% раствора дионина. Впрочем, еще не существует удовлетворительного метода лечения этих помутнений.

Эти данные американских авторов за 1941—1943 гг. представляют несомненный интерес и заслуживают внимания врачей-окулистов. Необходимо помнить о возможности появления этого эпидемического заболевания и хорошо знать его клинические особенности, чтобы правильно и своевременно его диагностировать и тем самым помешать его распространению.

Полковник мед. службы проф. ***Б. Л. Поляк***

Ватсон-Джонс и Колтрат (R. Watson-Jones a. W. D. Coltrat). **Медленное сращение переломов,** The British journal of surgery, vol. XXX, № 119, январь 1943.

Успешность лечения перелома определяется скорее качеством окончательного результата, чем количеством потребовавшегося времени. Однако продолжительность нетрудоспособности также имеет существенное значение. Среди многих факторов, влияющих на период нетрудоспособности, самым постоянным является время, потребовавшееся для сращения перелома. Обычно после сращения перелома проходит еще половина истекшего с момента повреждения времени, прежде чем наступит полное восстановление работоспособности.

По литературным данным и впечатлениям многих хирургов, переломы срастаются в последние годы медленнее, чем прежде. Это обусловливается отчасти требованием радиографического, а не только клинического доказательства сращения и убеждением, что несросшихся переломов можно всегда избежать, так как при достаточно длительной иммобилизации все переломы срастаются.

Излечение перелома представляет по существу чисто местный процесс, и медленное сращение наблюдается лишь при переломах костей голени и бедра. Изучение 800 случаев переломов длинных костей нижней конечности отражено в таблице.

Процент сращения 417 переломов тела большеберцовой и малоберцовой кости

Сроки сращения перело мов	12 недель	16 недель	24 недели	48 недель
Закрытые переломы:				
При непрерывной иммобилизации (199)	42	70	95	100
При иммобилизации с перерывами (104)	11	33	74	100
При расхождении отломков (16)	—	6	31	97
Открытые переломы:				
Неинфицированные (46)	9	39	72	100
Инфицированные (52)	2	6	35	91

Процент сращения 142 переломов тела бедренной кости

Сроки сращения переломов	12 недель	16 недель	24 недели	48 недель
Закрытые переломы:				
При постоянной иммобилизации (75)	61	87	95	100
При иммобилизации с перерывами (30)	—	10	73	100
При расхождении отломков (14)	29	43	93	100
Открытые и инфицированные переломы (23)	17	30	48	100

Ясно, что заживление одинаковых по типу переломов происходит у разных лиц не одновременно, но влияние инфекции всегда резко увеличивает срок заживления; так же неблагоприятно действует смещение отломков. Простые переломы голени в 70% случаев срастались в 16 недель, из инфицированных же переломов в этот срок срастались только 6%; при смещении отломков только треть переломов голени срасталась в 6 месяцев, а в большинстве случаев сращение происходило лишь между 6 и 12 месяцами.

Вообще переломы большеберцовой кости иногда не срастаются вполне в 6 или 7 недель, хотя клинически они представляются тогда уже зажившими. Минимальным сроком иммобилизации при переломах диафизов костей нижней конечности надо считать 10—12 недель; в отдельных случаях этот срок может простираться до 24 недель при трудных переломах, от 6 до 12 месяцев при инфицированных переломах и при расхождении отломков и от 1 года до 3 лет при бессосудистых переломах. Сращение переломов большеберцовой кости замедляется в случае применения вытяжения. Вместо постоянного вытяжения лучше применять внутреннюю фиксацию отломков, но это должно быть выполнено не позднее 2-го дня после повреждения; на внутреннюю фиксацию не следует смотреть как на последний исход. Раннее хождение в фиксирующем аппарате или с гипсовой повязкой замедляет сращение, применять его до наступления клинического сращения неблагоразумно.

Вправление отломков диафиза бедренной кости должно быть произведено немедленно вручную, а не постепенно путем вытяжения грузом; после вправления отломков следует применять легкое постоянное вытяжение толь-

ко для поддержания постоянной длины конечности. Не следует опасаться, что продолжительная иммобилизация при переломе диафиза бедренной кости может повести к тугоподвижности в коленном суставе. Тугоподвижность колена вызывается не столько длительной иммобилизацией, сколько повреждением четырехглавой мышцы при переломе и последующей инфекцией.

Инфекция отломков и окружающих мягких частей вызывает серьезное замедление излечения, и ее надо уменьшить ранним иссечением раневой поверхности, ранней секвестротомией и ранним замещением разрушенной кожи посредством пересадки. Инфекция перелома не должна быть причиной несращения.

Д-р мед. наук *Л. М. Старокадомский*

★

В. Г. Эллис (V. H. Ellis). **О некоторых переломах костей ручной кисти.** Proceedings of the royal society of medicine, vol. XXXV, № 11, сентябрь 1942.

Грининг (Greening) в 1942 г. насчитал 20 переломов трехгранной кости при 580 переломах костей запястья. Автор на 1 000 переломов костей наблюдал 9 случаев переломов трехгранной кости, т. е. около 1%. Во всех случаях перелом произошел вследствие падения на руку и ни разу не сочетался с переломом лучевой кости. Во всех случаях применялась гипсовая повязка. У одного больного функция кисти восстановилась полностью через 4 месяца; под гипсом кисть находилась 2 месяца; в 8 случаях кисть оставалась в гипсе в среднем 4½ недели, а выписаны были больные через 8 недель; в 2 случаях выздоровевшие больные не могли выполнять свою прежнюю тяжелую работу.

Д-р мед. наук *Л. М. Старокадомский*

★

Геза де Такатс (Géza de Takàts). **Хирургия кровеносных сосудов на войне.** War medicine, vol. 3, № 3, март 1943.

В последнее десятилетие перед войной получила значительное развитие хирургия кровеносных сосудов, так же как хирургия сердца, околосердечной сумки, хирургия при гипертензии и заболеваниях периферических кровеносных сосудов. Значение хирургии кровеносных сосудов еще более возросло в военное время.

Еще в первую мировую войну среди ранений в экспедиционных американских войсках количество повреждений крупных кровеносных сосудов и нервов составляло 13,36 на 1 000 ранений верхней конечности и 3,3 на 1 000 ранений нижней конечности. Смертность при этих повреждениях была соответственно 7,11 и 11,9%

По данным Лёве (A. G. Love), в первую мировую войну более чем у 30% всех раненых, направленных в эвакуационные госпитали, отмечались осложненные переломы костей. До 50% этих раненых погибало между батальонным пунктом медицинской помощи и распределительным пунктом или эвакуационным госпиталем преимущественно от кровотечения.

Большинство повреждений кровеносных сосудов требует немедленного вмешательства, почти «первой помощи». Судя по опыту лечения острой непроходимости кровеносных сосудов вследствие эмболии периферических артерий, имеют большое значение первые 6—10 часов с момента ранения, если кровообращение может быть восстановлено хотя бы частично. Поэтому в каждом эвакуационном госпитале боевой зоны должна иметься возможность оказать эффективную помощь при ранениях кровеносных сосудов.

При массивном кровотечении надо после наложения турникета или прижатия артерии пальцами, если применение турникета невозможно из-за расположения раны у основания конечности, обследовать кровоточащий сосуд. Перевязывать крупный сосуд надо только в том случае, если нельзя остановить кровотечение другим способом. При боковом повреждении артерии ее следует закрыть несколькими непрерывными швами, не суживая ее просвета. Если артерия перерезана, надо соединить ее при помощи небольшой стеклянной канюли, вставленной в оба отрезка сосуда, и вводить внутривенно гепарин каждый час до того времени, когда можно будет произвести сшивание артерии.

В случае побледнения, цианоза или онемения конечности ниже места ранения надо: 1) бороться с сужением коллатеральных сосудов путем согревания тела и основания конечности, но отнюдь не самой ишемичной конечности; 2) лечить шок; 3) образовать посредством впрыскивания прокаина паровертебральный блок для регулирования симпатической пеги поврежденной конечности; 4) ввести в вену 0.03 г солянокислого папаверина, особенно если невозможно создать паравертебральный блок. Проблема искусственного охлаждения ишемичной конечности в настоящее время изучается.

Должно быть наготове следующее необходимое оборудование: 1) грелки; 2) иглы для паравертебральной инъекции, лучше всего 7.5 см длины с внутренним диаметром 0,7 мм; короткие и толстые иглы бесполезны, и применение их болезненно и опасно; 3) тонкие иглы с вдетыми шелковыми или хлопчатобумажными нитями (шелк обычно № 000000), стерилизованные в ампулах, пригодные для немедленного использования при сшивании кровеносных сосудов; 4) гепарин, который вводится внутривенно в количестве 2.5 см³, а затем ежечасно по 1 см³ для поддержания умеренно пониженной свертываемости крови; гепарин незаменим после наложения сосудистого шва или применения временной канюли для соединения артерии; 5) солянокислый папаверин для преодоления спазма сосудов, сопровождающего травму или тромбоз более крупных артерий; 6) пневматические манжетки или сапоги и резиновый бинт, применение которых показано при тяжелых раздавливаниях конечностей.

Для успешного лечения повреждений кровеносных сосудов прежде всего необходимо уметь подойти к более крупным артериям и знать их коллатерали. Например, в учебниках не говорится, что подключичную артерию предпочтительно перевязывать дистально от тиреоцервикального ствола и внутренней артерии молочной железы и что перевязка подмышечной артерии проксимально от места отхождения передней и задней огибающих плечевую кость артерий и подлопаточных сосудов безопасна, тогда как перевязка дистально от них может повести к омертвению. Необходимо знание путей коллатерального кровообращения и наилучших мест перевязки артерий. Точно так же очень важно знание техники производства паравертебрального блока при закупорке артерий, травматическом артериальном спазме, тромбозе вен, отморожениях и начинающихся рефлекторных дистрофиях (каузалгиях).

Быстрым применением указанных мер можно сохранить жизнь раненого и поврежденную конечность. Необходимость специальной подготовки врачей и содержания наготове технического оборудования для наложения сосудистого шва очевидна. Все врачи, проходившие месячную групповую подготовку в госпитале под руководством автора, овладели техникой сосудистого шва.

Д-р мед. наук ***Л. М. Старокадомский***

★

Рецензия на книгу проф. А. С. Зенина «Кожные болезни в практике войскового врача», 1942

Издание краткого руководства типа справочника по дерматологии особенно ценно и своевременно, так как, кроме крупных руководств проф. Григорьева и проф. Мещерского, нет ничего, что могло бы помочь войсковому врачу в его повседневной работе.

Книга проф. Зенина вполне отвечает задаче дать войсковому врачу руководство по распознаванию и лечению наиболее существенных и часто встречающихся кожных заболеваний. В краткой, но вполне ясной и четкой форме приведено описание важнейших болезней, с учетом новейших данных дерматологии и разобраны вопросы терапии их. Хорошо и принципиально правильно изложены профилактические мероприятия. Однако можно отметить и ряд недочетов.

Так, в главе «Общая симптоматология», описывая элементы кожных сыпей, автор на стр. 11 пишет, что «корка возникает в результате осыхания продуктов выделения сальных желез...», с чем трудно согласиться, так как образование корок из кожного сала невозможно и ни при одном из известных кожных заболеваний не наблюдается. Нельзя согласиться и с определением автором понятия лихенизации как «образования групп узелков на уплотненной сухой коже под влиянием раздражения». Не прав автор, считая причиной линейного пузырчатого дерматита контакт с растением Distamnis fraxinella Луговой дерматит Оппенгейма (который, судя по описанию, имеет в виду проф. Зенин) не имеет ничего общего с дерматитом от упомянутого растения, описанным Городинским.

Совершенно непонятно, почему автор, отводя большую главу грибковым заболеваниям, описывает паховую эпидермофитию в главе об экземе под старым названием окаймленной экземы.

Нельзя согласиться с определением проф. Зенина юношеских угрей как косметического недостатка. Такая трактовка может отвести врача от необходимости серьезного отношения к подобного рода больным, в большинстве случаев сильно страдающим от своего заболевания.

Следует также указать на устаревшую и неправильную трактовку pityriasis silla как сухую себоррею. Обычная перхоть не связана с заболеванием сальных желез и может лишь с ним сочетаться. Американские авторы достаточно убедительно выяснили сущность этого процесса как заболевания, вызываемого дрожжеподобными организмами.

Касаясь рекомендуемых автором терапевтических мероприятий, необходимо прежде всего остановиться на вопросе лечения фурункулеза, при котором автор особенно настойчиво рекомендует бактериофаготерапию. Нам не известен опыт автора по применению этой терапии, но личный наш опыт и знакомство с литературой заставляют нас сомневаться в целесообразности широкой пропаганды этого метода, особенно в амбулаторной практике войскового врача. Следует указать на непоследовательность в изложении терапевтических мероприятий при розовом лишае Жибера, при котором автор правильно рекомендует особенно остерегаться раздражающей местной терапии, но там же советует смазывать медальоны 10% раствором ляписа.

Нельзя согласиться и с указанием автора на необходимость эпиляции лучами Рентгена при глубокой трихофитии.

Вот отнюдь не полный перечень недочетов, которые можно отметить в книге проф. Зенина.

Книга написана в основном хорошим литературным языком и легко читается. Следует лишь отметить постоянно применяемые автором выражения «жизнь элемента», «в дальнейшей жизни глубокого фолликулита», которые нельзя назвать ни правильными, ни литературными.

В заключение пожелаем, чтобы при издании столь ответственных руководств последние до сдачи в печать просматривались компетентными специалистами.

Полковник медицинской службы профессор *С. Т. Павлов*

★

Проф. А. П. Парфенов, **Физиотерапевтическая рецептура при лечении боевых травм.** Медгиз, стр. 53, Москва, 1943. Цена 1 рубль

Настоящий справочник ставит своей задачей помочь лечащему врачу в выборе и прописи физиотерапевтических назначений при лечении травм военного времени. Краткое руководство составлено с охватом всех видов травматических повреждений, включая и БОВ. Книга содержит в 14 отдельных главах физиотерапевтические назначения в процессе хирургического лечения: 1) ран мягких тканей, 2) костных переломов, 3) хронических остеомиэлитов, 4) рожистой инфекции, 5) газовой инфекции, 6) отморожений, 7) ожогов, 8) рубцов, спаек и сращений, 9) контрактур, 10) пролежней, 11) повреждений периферической нервной системы, 12) повреждений центральной нервной системы; 13) физиотерапевтические назначения при функциональных расстройствах нервной системы, сопутствующих боевой травме, 14) физиотерапевтические назначения при лечении поражений БОВ.

Справочник составлен с учетом специальных инструктивных материалов Санитарного отдела Ленинградского военного округа, Санитарного отдела Северного фронта, НКЗдрава СССР и НКЗдрава РСФСР, а также новейших литературных данных.

Каждый раздел этого краткого руководства содержит небольшое введение, где указываются задачи, стоящие перед физиотерапевтом при лечении данного вида боевых травм. После ряда рецептурных прописей даются краткие объяснения механизма действия данного вида физиотерапевтического воздействия. При назначении малоизвестных и недостаточно широко распространенных прописей автор описывает и соответствующую методику отпуска процедуры (ионтофорез стрептоцида, крахмально-солевые ванны и др.). В книге дано 114 рецептурных прописей. Большинство прописей составлено грамотно, четко, ясно и является хорошим руководящим материалом при проведении физиотерапии. Необходимо все же отметить некоторые недостатки справочника. На стр. 5 автор пишет: «безэритемные дозы УФ-лучей». Правильнее, конечно, указывать более точную дозировку. В прописи № 30 (стр. 18), указывая на применение УВЧ при остеомиэлитах, автор пишет: «длина волны — 6 м». Такая категоричность в утверждении волны едва ли является целесообразной, так как возможно при остеомиэлитах применять и другие длины волн. В прописи № 94 (стр. 41), касаясь назначения гальванического воротника (метод Щербака), автор ошибочно указывает силу тока в 6—18 mA. Назначение повышенной силы тока при применении гальванического воротника указано и в других местах книги. Известно, что сила тока при отпуске гальванического воротника по Щербаку не должна превышать 5—8 mA. При прописи парафинотерапии в некоторых местах автор указывает слишком низкую температуру —45°. В книге совершенно нет прописей простейших неаппаратных процедур — песочных ванн, глинолечения, частичного обтирания и обмывания, полуванн и др. В разделе физиотерапевтических назначений при пролежнях (стр. 31—32) совершенно нет прописей, касающихся терапии уже возникающих пролежней, все рецепты касаются их профилактики. В разделе терапии травм мягких тканей автор почему-то совершенно не дает рецептуры франклинизации.

Эти мелкие недостатки книги в общем не снижают ее положительного значения. Книга читается легко, бесспорно полезна. Издание такого справочника нужно приветствовать и рекомендовать широкому кругу физиотерапевтов, хирургов и невропатологов, работающих в эвакогоспиталях.

Д-р медицинских наук *И. А. Паонтковский*

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

Письма товарища Сталина начальникам 340 ташкентского окружного военного госпиталя и Центрального военного госпиталя НКО им. П. В. Мандрыка и Указ Президиума Верховного Совета СССР о награждении орденом Красного Знамени Центрального военного госпиталя НКО 3

ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

Полковник медицинской службы проф. В. В. Гориневская. Комплексное лечение в госпиталях для легко раненых . . . 4

Подполковник медицинской службы К. И. Барышников. Некоторые вопросы техники скелетного вытяжения 12

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ

Подполковник медицинской службы канд. мед. наук В. А. Буков. Об организации эвакуации по назначению раненых и больных из медсанбатов 18

ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Генерал-майор медицинской службы проф. Т. Е. Болдырев. Основные условия успеха противоэпидемической работы в наступающих войсках 25

Подполковник медицинской службы В. В. Скворцов. К вопросу об оценке препаратов для активной иммунизации против дизентерии в войсках 35

Майор медицинской службы Е. С. Шулькин. Течение сыпного тифа у привитых вакциной проф. М. К. Кронтовской 38

Майор медицинской службы доц. А. В. Бурмакин и засл. врач УзССР капитан медицинской службы Осадчая. Клиническая характеристика сыпного тифа у привитых по способу проф. М. К. Кронтовской 39

CONTENTS

Page

The letters of Comrade Stalin to the chiffs of the Hospital 340 of the Tashkent military area and of the Mandrika Central, Military Hospital of the People's Commissariat of Defence, and the Edict of the Presidium of the Supreme Council of USSR, decorating the Central Military Hospital of the People's Commissariat of Defence with the Order of the Red Banner 3

MEDICO-EVACUATIONAL PROBLEMS

Prof. V. V. Gorinevskaya, Colonel, Medical Corps. The complex treatment in the hospitals for the mildly wounded 4

K. I. Baryshnikov, Lieutenant-colonel, Medical Corps. Some questions of the skeletal extension's technics 12

ORGANIZATION AND TACTICS OF THE SANITARY SERVICE

Cand. in med. sci. V. A. Bukov, Lieutenant-colonel, Medical Corps. On the organization of the evacuation on the purpose of the wounded and patients from the Medsanbatts 18

THE QUESTIONS OF THE ANTIEPIDEMIC PROTECTION OF THE TROOPS

Prof. T. E. Boldyrev, Major-general, Medical Corps. The cardinal conditions of the success in the antiepidemic work among offensive troops 25

V. V. Skvortsov, Lieutenant-colonel, Medical Corps. Contribution to the evaluation of preparations for the active immunization against dysentery in the troops 35

E. S. Shulkin, Major, Medical Corps. The course of the typhus in the inoculated with prof. M. K. Krontovskaya's vaccine . . 38

Doc. A. V. Burmakin, Major, Medical Corps and Osadchaya, Captain, Medical Corps, Honorary physician of the Uzbek SSR. Clinical characteristics of the typhus in the vaccinated after prof. Krontovskaya's method 39

Стр.

ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ И САНИТАРНО-ХИМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Подполковник медицинской службы Д. К. Васюта и майор медицинской службы И. И. Харшат. Обеспечение питьевой водой ударной группы армии в наступлении 40

МЕДИЦИНСКОЕ СНАБЖЕНИЕ

Полковник медицинской службы Н. Г. Поляков. О заготовках медицинского имущества на местах 42

Гвардии подполковник медицинской службы, канд мед. наук М. Ф. Войтенко. Импровизация осветительных приборов для освещения медицинских пунктов 44

ХРОНИКА

Полковник медицинской службы Г. З. Рябов. 25-летие Центрального военного краснознаменного госпиталя им. П. В. Мандрыка . . . 47

РЕФЕРАТЫ

Полковник медицинской службы проф. Б. Л. Поляк. Эпидемический кератоконъюнктивит вирусной этиологии 49

Ватсон-Джонс и Колтрат. Медленное сращение переломов, реф. д-р мед. наук Л. М. Старокадомский . . 53

В. Г. Эллис. О некоторых переломах костей ручной кисти реф. Л. М. Старокадомский 53

Геза де Такатс. Хирургия кровеносных сосудов на войне, реф. Л. М. Старокадомский 54

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник медицинской службы проф. С. Т. Павлов. Рецензия на книгу проф. А. С. Зенина „Кожные болезни в практике войскового врача“ 55

Д-р мед. наук И. А. Пионтковский. Рецензия на справочник проф. А. П. Парфенова „Физиотерапевтическая рецептура при лечении боевых травм“ . . . 56

Page

THE PROBLEMS OF HYGIENE AND SANITARY-CHEMICAL PROTECTION OF THE TROOPS

D. K. Vassiuta, Lieutenant-colonel, Medical Corps, and J. J Kharshat, Major, Medical Corps. Providing with drinking water of a shock group in the offensive . . 40

MEDICAL SUPPLY

N. G. Poliakov, Colonel, Medical Corps, Provision on the spot of the medical stock 42

Cand. in med. sci. M. F. Voitenko, Lieutenant-colonel in guards, Medical Corps. Improvisation of a lighting device for the medical stations illumination 44

CHRONIGLE

G. Ż. Riabev, Conel, Medical Corps. Twenty fifth anniversary of the Central Military P. V. Mandryka Hospical, decorated with order of the Red Standard 47

ABSTRACTS

Prof. B. L. Poliak, Colonel, Medical Corps. Epidemical keratoconjunctivitis of the virus etiology . 49

Watson-Jones and Coltrat. Slow knitting of the fractures; rep. by L. M Starokadomsky, M. D. . 53

V. H. Ellis. On certain fractures of the hand's bones, rep. by L. M Starokadomsky, M. D. 53

Géza de Takàts. Vascular surgery in the war; rep. by L. M. Starokadomsky, M. D. 54

CRITICISM AND BIBLIOGRAPHY

Prof. A. S. Zenin. Skin-diseases in the practice of a military surgeon, rev. by prof. S. T. Pavlov, Colonel, Medical Corps 55

Prof. A. P. Parfenov. Physiotherapeutic prescriptions in the treatment of the war traumae, a vademecum, rev. by I. A. Piontkovsky, M. D. 56

ОПЕЧАТКИ

ПО ЖУРНАЛУ «ВОЕННО-САНИТАРНОЕ ДЕЛО» ЗА 1943 г.

	Напечатано	Следует читать
№ 10, стр. 57, 6-я строка сверху	... организованы курсы, рассчитанные на 236 человек. Программа курсов включала...	... организованы курсы. Программа курсов, рассчитанная на 236 часов, включала...
№ 11—12, стр. 25, 1-я стр. сверху	биохимическое	биомеханическое
№ 11—12, стр. 25, 8-я стр. сверху	систему педагогики	систему подготовки
№ 11—12, стр. 25, 17-я стр. снизу	биохимических основ	биомеханических осноз
№ 11—12, стр. 26, 6-я стр. снизу	а) длительной	а) детальной

От редакции. В табл. 2, помещенной в статье полковника медицинской службы Я. Н. Кричевского («Военно-санитарное дело», № 11—12, 1943, стр. 43), допущены ошибочные указания и расчеты в графе 5 и следующих. Из числа легко раненых контингенты с более коротким сроком лечения должны задерживаться в армейском тылу, остальные подлежат эвакуации через ЭП или СЭГ непосредственно во фронтовой тыл. Эвакуация легко раненых из армейских ГЛР во фронтовые может быть допущена лишь при резком изменении обстановки, побуждающей к этому.

Подготовляется пособие по документации, в котором приводятся формы и ориентировочные нормы расчетов для планирования медицинского обеспечения.

★

ВОЛОГОДСКАЯ
ОБЛАСТНАЯ
БИБЛИОТЕКА

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 160.

Отв. редактор ***Е. И. СМИРНОВ***

Издается с 1823 г. Г537163. Подписано к печати 4/VIII 1944 г. Заказ 396.
Печ. л. $3^3/_4 + {}^1/_4$ (вкл.). Авт. л. 4,56. Знаков в 1 п. л. 45000. Цена 2 руб.

Типография «Красное знамя», Москва, Сущевская, 21.

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ КРАСНОЙ АРМИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ИЮЛЬ — АВГУСТ

МЕДГИЗ
1944

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

Организация нейрохирургической помощи во время Отечественной во ны. Генерал-лейтенант медицинской службы проф. В. Н. Шамов. 3

Полковник медицинской службы проф. С. Н. Давиденков. О неврологической документации 16

Майор медицинской службы доцент И. Л. Крупко. Сущность контрактур при огнестрельных ранениях конечностей, их профилактика в госпиталях для легко раненых 21

Подполковник медицинской службы канд. мед. наук К. К. Платонов. Классификация степеней переутомления летного состава . . . 33

Полковник медицинской службы А. А. Алявдин. Организация кожно-венерологической помощи 37

Майор медицинской службы А. А. Эттингер. Физиотерапия в ВСП при длительных рейсах . . 40

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ

Полковник медицинской службы А. С. Георгиевский. Отдельная рота медицинского усиления 45

Полковник медицинской службы С. М. Тер-Мхитаров. Некоторые вопросы санобеспечения стрелковой роты в обороне . . 51

ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Капитан медицинской службы И. Б. Отараев Лечение острых желудочно-кишечных заболеваний внутривенными вливаниями ривановолового спирта 56

CONTENTS

Page

MEDICAL-EVACUATIONAL PROBLEMS

Organization of the specialized aid in the field sanitary service. Prof. V. N. Shamov, Lieutenant-general, Medical Corps. 3

Prof. S. N. Davidenkov, Colonel, Medical Corps. On the neurological documentation 16

Doc. I. L. Krupko, Major, Medical Corps. The main point of the contractures in gunshot lesions of the limbs, their prophylaxis at the hospitals for the mildly wounded 21

Cand. in med., sci K. K. Platonov. Major, Medical corps, Classification of the overfatigue degree of the flying-staff 33

A. A. Alavdin, Colonel, Medical Corps. Organization of the dermato-venerological attendance during the war 37

Ettinger, Major, Medical Corps. Physical therapy at the hospital trains in long possages . . . . .

ORGANIZATION AND TACTICS OF THE SANITARY SERVICE

A. S. Georgievsky, Colonel, Medical Corps. A separate company of medical reinforcemont 45

S. M. Ter-Mkhitarov, Colonel, Medical Corps. Some questions concerning sanitary security of a rifles company 51

THE PROBLEMS OF THE ANTIEPIDEMIC PROTECTION OF THE TROOPS

I. B. Otaraev, Captain, Medical Corps. The treatment of the acute gastro-intestinal illnesses with intravenous injections of rivanol spirit 56

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ КРАСНОЙ АРМИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ
Ответственный секретарь
полковник медицинской службы С. М. БАГДАСАРЬЯН

Члены редколлегии:
генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН,
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ

ИЮЛЬ — АВГУСТ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МОСКВА — 1944

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 160

Отв. редактор *Е. И. Смирнов*

Издается с 1823 г. Г537263. Подписано к печати 2/IX 1944 г.
Печ. л. 4· Уч.-изд. л. 5,07 Знаков в 1 п. л. 50 800 Цена 4 руб. Зак. 457

Тип. „Красное знамя", Москва, Сущевская, 21.

Генерал-лейтенант медицинской службы профессор В. Н. ШАМОВ

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВО ВРЕМЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Одну из характерных особенностей военно-санитарной службы Красной Армии в Отечественную войну составляет организация специализированной помощи.

Основные мотивы, побудившие обеспечить определенные группы раненых специализированной помощью, заключались в том, что развитие патологических процессов резко отличало эти ранения от ранений других частей человеческого тела и требовало особых методов исследования и лечения, специального инструментария и оборудования, специальных знаний и подготовки лечащих врачей. Все эти особенности патологии, течения, распознавания и лечения заболеваний в данных областях были настолько четко осознаны в современной медицине, что еще задолго до Отечественной войны произошло отделение от общей хирургии специальных дисциплин— офтальмологии, отоларингологии, нейрохирургии и стоматологии, начавших развиваться самостоятельно. Такое выделение этих узких специальностей в самостоятельные дисциплины было всецело оправдано в дальнейшем их большими практическими и научными достижениями.

Само собой разумеется, что достижения указанных специальностей должны быть полностью использованы в деле оказания помощи раненым бойцам, и потому в военно-санитарной службе Красной Армии создана была система специализированной помощи.

Вначале организация специализированной помощи относилась только к вышеуказанным группам узких специальностей (нейрохирургия, офтальмология, отоларингология, стоматология), однако в ходе Отечественной войны выявилась целесообразность распространения аналогичной специализированной помощи и на отдельные группы хирургических ранений, отличающихся специфическими особенностями течения, нуждающихся в особой квалификации лечащих врачей и особой организации лечебной помощи. Поэтому специализированная помощь распространена была на ранения мочеполовой системы, проникающие ранения грудной клетки, ранения бедренной кости и крупных суставов, а также на группу «легко раненых».

Необходимо отметить, что такой специализированной помощи не существовало совершенно в военно-санитарной службе царской армии, нет четко организованной системы ее в иностранных армиях, не было ее и при прежних боевых действиях Красной

Армии. Только перед началом настоящей войны совершенно отчетливо выкристаллизовалось все значение специализированного обслуживания раненых бойцов в военно-санитарной службе Красной Армии, и с этой целью в ней созданы были особые роты медицинского усиления (ОРМУ), включающие нейрохирургические, офтальмологические, стоматологические и рентгенологические группы.

Организацию нейрохирургической помощи следует подразделить по двум основным направлениям. Во-первых, соответственно этапу эвакуации — на помощь в войсковом, армейском, фронтовом и тыловом районах, так как специфические особенности каждого из этих этапов накладывают свой отпечаток и на организацию в них нейрохирургической помощи.

Во-вторых, нейрохирургическая помощь должна быть организована с учетом ранения одного из трех основных анатомических компонентов нервной системы — головного мозга, спинного мозга и периферических нервных стволов. Ранения каждого из этих трех отделов нервной системы имеют свои характерные особенности и требуют различных способов организации нейрохирургической помощи.

Необходимо отметить, что из указанных отделов нервной системы наибольшее внимание в смысле организации нейрохирургической помощи уделено было вначале только ранениям головного мозга. Произошло это, несомненно, в силу того, что ранения головного мозга, встречаясь сравнительно часто, отличались особой трагичностью течения и давали в прошлых войнах очень высокий процент смертельных исходов.

Значительно позднее, к концу второго года войны, обращено было внимание на организацию помощи при ранениях периферических нервов. Ранения эти, не ведущие сами по себе к смертельным исходам и маскирующиеся обычно одновременным, более тяжелым повреждением костей, сосудов, органов грудной клетки и т. д., вначале не привлекали достаточного внимания врачей. Однако опыт войны показал, что если эти повреждения не распознаны во-время и не подвергнуты своевременно правильному лечению, они дают впоследствии большое количество инвалидов. Значение организации нейрохирургической помощи при этих ранениях было совершенно правильно подчеркнуто на VI пленуме Ученого совета при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной Армии. Своевременное и правильное лечение ранений периферических нервов имеет особенно большое значение для санитарной службы Красной Армии, так как оно представляет довольно широкие возможности для возвращения излеченных в строй, что при сравнительной частоте этих ранений означает увеличение резервов Красной Армии.

Что касается третьей группы нейрохирургических повреждений, относящихся к ранениям спинного мозга, то надо признать, что до самого последнего времени они еще не обратили на себя достаточного внимания и объем специализированной помощи при этих ранениях остается и сейчас чрезвычайно недостаточным. Эта

группа ранений сравнительно малочисленна и характеризуется особенно тяжелыми, часто смертельными исходами. Этим объясняется, что ранения спинного мозга не стояли в центре внимания военно-санитарной службы наряду с другими группами ранений, которые встречаются значительно чаще и при которых помощь отличается гораздо большей эффективностью. Однако надо иметь в виду, что в значительном числе случаев при повреждениях спинного мозга правильное лечение может не только сохранить жизнь, но и возвратить работоспособность раненым, и с этой точки зрения четкая организация нейрохирургической помощи этой группе раненых представляется настоятельно необходимой.

* * *

1. При огнестрельных ранениях головного мозга для оставшихся в живых раненых возникают две основные опасности: компрессия мозга в результате внутричерепного кровотечения и развитие инфекционного процесса в оболочках и мозговом веществе с рядом последующих осложнений. Для предупреждения этих осложнений совершенно естественно, казалось бы, напрашивается требование ранней первичной обработки ран черепа и мозга. Однако такое решение вопроса, вполне логичное для большинства ранений, а также и для ранений мозга в обстановке мирного времени, было бы совершенно неправильным для ранений мозга в условиях современной, чрезвычайно маневренной войны. При решении вопроса о ранней оперативной обработке ран мозга пришлось полностью учесть весь опыт в этой области, накопленный в предыдущих войнах, а также в нейрохирургии мирного времени, неизменно указывавший на то, что в исходах лечения огнестрельных ран мозга играет важную роль не только ранняя первичная обработка, но и обязательная длительная госпитализация в дальнейшем под наблюдением достаточно опытных специалистов.

Уже к началу настоящей войны совершенно отчетливо определился ее особый характер, обусловленный чрезвычайной насыщенностью войск техникой, исключительной мобильностью армий, громадной ролью авиации. При таком характере современной войны, естественно, создавалось противоречие между желательностью ранней обработки ранений мозга и необходимостью длительной послеоперационной госпитализации этих раненых. Противоречие это пришлось в конечном счете решать, исходя из сущности патологических процессов при огнестрельных ранениях головного мозга, в том смысле, чтобы сохранить возможность длительной послеоперационной госпитализации раненых даже ценой значительного удлинения сроков первичной обработки мозговой раны, даже ценой перехода на принцип отсроченной первичной обработки мозговой раны.

Ввиду неправильных толкований считаю необходимым окончательно выяснить здесь свою точку зрения по вопросу о сроках обработки черепно-мозговых ран. Во всех своих статьях и выступлениях по этому поводу, говоря о преиму-

шествах отсроченной обработки ран головного мозга над ранней, я отношу это положение не к абстрактной обстановке, а только к вполне конкретным условиям крайне маневренной войны и противопоставляю ему обработку мозговой раны в условиях позиционной войны или мирной обстановки, когда отсутствие необходимости в последующей транспортировке делает раннюю и радикальную обработку мозговой раны наиболее идеальной операцией. Точно так же я вынужден категорически отвергнуть и приписываемое мне положение о «благодетельности» «угрожающих» гипертензий поврежденного мозга в результате его резкого отека и набухания (Корейша). Это утверждение основано на доведении до абсурда высказывавшейся мной мысли о защитной роли при огнестрельных повреждениях головного мозга «умеренных» повышений внутричерепного давления.

Указанные соображения обусловили директиву Главного военно-санитарного управления Красной Армии относительно того, чтобы раненые с повреждениями головного мозга не подвергались первичной обработке в районе ДМП, а возможно быстро эвакуировались отсюда, минуя промежуточные этапы, по назначению в нейрохирургическое отделение специализированного госпиталя — ППГ второй линии. Исключение из этого правила должны составить только случаи угрожающих внутричерепных кровотечений с компрессией головного мозга.

Таким образом, отмеченная директива в основу лечения огнестрельных ран головного мозга положила отсроченную первичную обработку их, но зато в специализированном отделении ППГ второй линии, где, благодаря придаче соответствующих групп усиления (ОРМУ), должна быть обеспечена не только квалифицированная помощь нейрохирурга и невропатолога, не только необходимое рентгенографическое исследование черепа и квалифицированная консультация окулиста и отоларинголога, но и возможность длительной послеоперационной госпитализации раненого.

Специализированный ППГ второй линии представляет собой, таким образом, передовой центр для обслуживания всех раненых с повреждениями головного мозга по армии. Соответственно этому он должен быть расположен в районе стыка эвакуационных путей из всех дивизий, чтобы облегчить этим эвакуацию сюда по назначению всех раненных в череп.

В специализированном ППГ второй линии производится детальное исследование и сортировка раненых с повреждениями черепа. Раненые, нуждающиеся по характеру мозговой раны и общему состоянию в немедленной госпитализации или оперативном вмешательстве, оставляются для соответствующего лечения, раненые же, которые могут по своему состоянию перенести дальнейшую транспортировку, направляются без оперативного вмешательства в специальное отделение госпитальной базы армии или фронта. Раненые с повреждениями черепа в тех случаях, когда невропатологическое и рентгенологическое исследования, а также оперативное вмешательство окончательно установили, что ранение не сопровождается повреждением твердой мозговой оболочки и явлениями контузии мозгового вещества, направляются из специализированного ППГ второй линии в соответствующий армейский или фронтовой ГЛР в зависимости от сроков необходимого лечения.

Наличие в армии особой роты медицинского усиления (ОРМУ), имеющей в своем составе по две основные специализированные группы (нейрохирургические, офталмологические, рентгенологические), необходимые для квалифицированного обслуживания раненых в череп, позволяет санитарной службе армии маневрировать этими группами в зависимости от тактической обстановки.

Так, при большом количестве дивизий в армии и наличии нескольких путей для снабжения последних выгодно бывает организовать два первичных специализированных госпиталя, расположенных по двум основным путям эвакуации из армии. При быстрых наступательных операциях целесообразно бывает срочно менять место расположения специализированного госпиталя, при этом группы ОРМУ по окончании обработки специализированных раненых оставляют их в том же ППГ на попечении штата госпиталя, а сами перебрасываются вперед и придаются следующему ППГ, который становится специализированным.

Необходимо подчеркнуть, что в армии не существует постоянного специализированного ППГ, а всякий ППГ может стать таковым после придания ему в зависимости от тактической обстановки специализированных групп ОРМУ[1].

При стабильном положении фронта или при подготовке к наступательным операциям специализированный ППГ выдвигается возможно ближе вперед, с соблюдением, однако, принципа обслуживания всех дивизий данного эвакуационного направления.

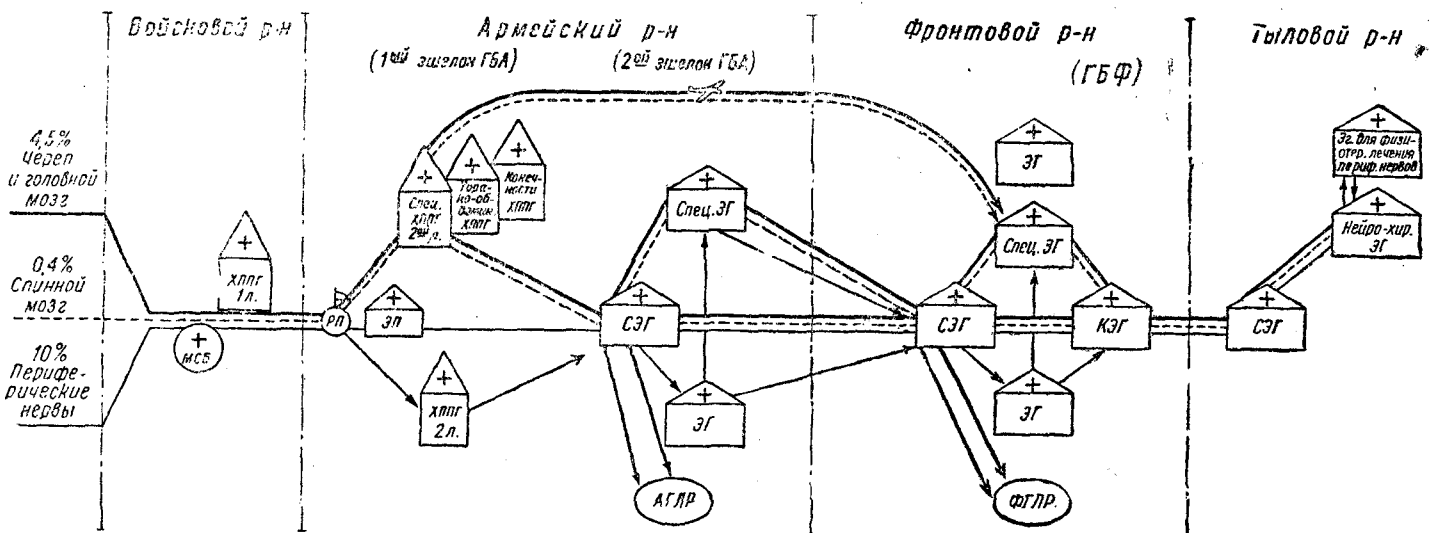
Кроме указанного специализированного ППГ второй линии, представляющего собой первый коллектор для ранений головного мозга, в госпитальной базе армии, в одном из эвакогоспиталей организуется второй специализированный госпиталь, который должен также быть укомплектован рентгеновской установкой. Что касается квалифицированных кадров, то они должны быть подобраны из общих хирургов, а в качестве невропатолога сюда должен быть прикреплен для систематической работы невропатолог ПЭП. В этом госпитале сосредоточиваются раненые с повреждениями черепа, состояние которых отягощается во время транспортировки из армии, и которые нуждаются в госпитализации и оперативной помощи. Принципы сортировки раненных в череп в этом госпитале те же, что и в специализированном ППГ второй линии.

Следующий этап специализированных нейрохирургических отделений организуется в госпитальной базе фронта на основе эвакогоспиталей. Квалифицированное обслуживание раненых в этих госпиталях обеспечивается введением в их штат нейрохирурга, невропатолога, окулиста и рентгенолога с рентгенологической аппаратурой. В задачи этих специализированных госпиталей входит

---

[1] Однако, учитывая важность того обстоятельства, что работу специализированных групп ОРМУ особенно выгодно сочетать с определенным методом работы и определенным способом ухода за ранеными всего штата ППГ, крайне желательно, чтобы в каждой армии было выделено несколько определенных полевых госпиталей, на базе которых и происходило бы всегда развертывание специализированных госпиталей, а не производилось перебрасывание групп ОРМУ беспланово в случайный госпиталь армии.

Схема эвакуации нейрохирургических раненых по назначению



Схема

Спец ванное обслуживание нейрохирургических раненых на этапах эвакуации.

1. В ЭП по последним директивам ГВСУ Красной Армии должен быть невропатолог, который отвечает за сортировку соответствующих раненых и консультирует раненых о повреждениями периферических нервов в ХППГ первого эшелона ГБА. 2. В специализированном ХППГ нейрохирургическая работа обеспечивается группами ОРМУ. 3. В СЭГ по последним директивам ГВСУ должен быть невропатолог, который и обеспечивает соответствующую работу. 4. В специализированных эвакогоспиталях (ЭГ) нейрохирургическая работа обеспечивается штатом соответствующих специалистов. 5. В АГЛР и ФГЛР имеются невропатологи. 6. За организацию нейрохирургической работы в ГБА отвечает невропатолог ПЭП. 7. За организацию нейрохирургической работы в ГБФ отвечают невропатологи ФЭП и МЭП.

госпитализация всех прибывающих из армий раненых с повреждениями головного мозга. Здесь проходят обязательную отсроченную обработку все раненные в череп, не подвергшиеся почему-либо оперативной обработке на предыдущих этапах. Здесь же подвергаются лечению и, если надо, дополнительным операциям раненые с осложнениями в виде инфекционного процесса в мозговой ткани.

Только после окончательного затихания инфекционного процесса и более или менее полной ликвидации осложнений раненые с повреждениями головного мозга эвакуируются из госпитальной базы фронта в нейрохирургические отделения специализированных эвакогоспиталей глубокого тыла, находящихся в ведении Наркомздрава. Соответствующее профилирование этих госпиталей проведено было совместной директивой Наркомздрава и Главного военно-санитарного управления Красной Армии еще в начале текущей войны.

* * *

2. Организация нейрохирургической помощи при повреждениях нервных стволов в корне отличается от таковой при повреждениях головного мозга, так как и самая сущность патологического процесса, и течение его при обеих формах ранений глубоко различны. При повреждении периферических нервов не возникает непосредственной угрозы для жизни раненого, нет также и последующей серьезной опасности, связанной с развитием инфекционного процесса, что так характерно для ранений головного мозга. Весь центр тяжести вопроса при ранении нервных стволов заключается в стойком нарушении их функции и расстройстве двигательного аппарата соответствующей конечности, в предупреждении и устранении которых и заключается решение проблемы оказания рациональной нейрохирургической помощи этой группе раненых.

Ввиду того, что повреждение периферических нервов в подавляющем большинстве случаев происходит одновременно с повреждениями костей и мягких тканей конечностей и является по отношению к последним только второстепенным в смысле опасности для жизни, все эти раненые направляются сначала по этапам эвакуации, согласно профилю своего основного поражения как общехирургические. Однако возможность развития последующих осложнений и нарушения функции конечности в результате повреждения нервного ствола настоятельно выдвигает требование, чтобы все ранения нервов были возможно раньше распознаны с тем, чтобы была произведена правильная шинизация конечности и своевременно было приступлено к соответствующему физиотерапевтическому лечению.

Распознавание ранений нервных стволов и правильное шинирование конечности желательно обеспечить, начиная с МСБ и ППГ первой линии, для чего хирурги этих учреждений должны быть знакомы с основными симптомами повреждений главных нервных стволов конечностей. Все случаи ранения нервных стволов должны быть документированы соответствующей отметкой на карте пере-

дового района. Первичный контроль этих мероприятий должен проводиться в армейском районе невропатологом ЭП.

С первых этапов эвакуации до госпитальной базы армии раненые с повреждением нервных стволов передвигаются вместе с общехирургическими ранеными. В сортировочном эвакогоспитале ГБА невропатолог ПЭП ставит окончательный диагноз всех ранений периферических нервов и дает раненым направление в зависимости от тяжести повреждения нервного ствола и сопутствующих повреждений других тканей и органов, а также в зависимости от тактической обстановки. Подавляющее большинство раненых с повреждением нервных стволов подлежит эвакуации в фронтовой СЭГ. Исключение могут составить только раненые, у которых имеются чрезвычайно сильные боли в результате сдавления нервного ствола осколками или на почве одновременного ранения суставов, что может потребовать срочной операции в специализированном госпитале ГБА. Второе исключение представляют раненые с зажившими ранами мягких тканей с легкими расстройствами функции того или иного нерва, подлежащие направлению в ГЛР госпитальной базы армии. Кроме того, в периоды длительного межбоевого затишья или периоды затруднений с эвакуацией в ГБФ в результате осенних и весенних распутиц подлежащие оперативному вмешательству раненые с повреждением нервных стволов должны своевременно направляться для операции в нейрохирургическое отделение специализированного госпиталя ГБА.

Во фронтовом СЭГ специалист-невропатолог (если надо, то с консультацией нейрохирурга) проводит новый контроль и сортировку всех раненых с повреждением периферических нервов, учитывая сопутствующие повреждения костей и мягких тканей. Раненые, у которых заживление кожных покровов и отсутствие повреждений костей делают возможной операцию на нервах, при наличии показаний к таковой, направляются в специализированный госпиталь ГБФ. При отсутствии показаний к операции раненые этой группы отправляются во фронтовой ГЛР.

Раненых с повреждением нервов, нуждающихся в силу ранения костей и мягких тканей в дальнейшем лечении в ГБФ, желательно концентрировать в таком хирургическом госпитале, где бы одновременно могли производиться электризация и другие физиотерапевтические процедуры и где бы раненых периодически наблюдал невропатолог.

Раненые с поражением периферических нервов, подлежащие, вследствие сопутствующих поражений костей и мягких тканей, эвакуации в тыл, подвергаются таковой, с указанием на наличие повреждения нерва, необходимость применения физиотерапевтических процедур и возможную необходимость в будущем оперативного вмешательства.

В эвакогоспиталях глубокого тыла раненые с повреждением нервных стволов должны находиться на особом учете и состоять под наблюдением невропатолога. Они должны получать системати-

ческое лечение методами электро- и физиотерапии. Как только заживление раны допустит возможность оперативного вмешательства на поврежденном нерве, раненый должен быть переведен для этого в нейрохирургическое отделение специализированного эвакогоспиталя.

Характерную особенность лечения ранений периферических нервов составляет то обстоятельство, что такие раненые, в противоположность раненым с повреждением головного мозга, не нуждаются в длительной послеоперационной госпитализации, но зато требуют продолжительного и систематического применения электро- и физиотерапии как в предоперационном, так и в послеоперационном периоде. Это должно найти полное отображение в системе организации нейрохирургической помощи этой группе раненых. Поэтому в ГБА и ГБФ раненых с повреждением периферических нервов желательно сосредоточивать в таких госпиталях, где было бы обеспечено электрофизиотерапевтическое лечение и наблюдение невропаголога. В послеоперационном периоде, как только заживет операционная рана, раненые должны быть переведены из нейрохирургических отделений в фронтовые ГЛР в случае невролиза или эвакуированы в специальные госпитали тыла в случае резекции нерва.

Вопрос об этих специальных госпиталях тыла для комплексного лечения ранений периферических нервов поднят был на VI пленуме Ученого совета при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной Армии. Эти госпитали должны приближаться по своему характеру к армейским и фронтовым ГЛР, иметь полуказарменный режим, в них должно быть обеспечено электрофизиотерапевтическое лечение и наблюдение невропатолога. В госпиталях этого типа должны быть сосредоточены раненые с повреждениями нервных стволов на время подготовки их к операции и в послеоперационном периоде. Таким образом будет, с одной стороны, значительно увеличена пропускная способность нейрохирургических отделений, а с другой — раненые с повреждением нервов получат столь необходимое им в продолжение длительного времени комплексное электрофизиотерапевтическое лечение.

Последний вопрос, на котором необходимо остановиться, говоря об организации помощи при ранениях периферических нервов, относится к порядку направления таких раненых на комиссию. Практика первого года войны показала, что раненым с повреждениями периферических нервов широчайшим образом предоставлялись 6-месячные отпуски для лечения на дому. Причины этих отпусков заключались, во-первых, в стремлении освободить госпитальные койки от занимающих их в течение длительного времени раненых с повреждениями нервных стволов, во-вторых, в стремлении дать срок для окончательной ликвидации раневой инфекции перед операцией на поврежденном нерве, в-третьих, наконец, представляли уступку естественному желанию раненых побывать дома. Однако в результате таких отпусков получалось значительное оттягивание сроков оперативного вмешательства и излече-

ния раненых, а самое главное, раненый в течение длительного срока оставался без столь необходимого ему в этот период комплексного электрофизиотерапевтического лечения, неизбежным последствием чего являлось развитие столь порочных положений конечности с атрофиями и контрактурами мышц и связок и анкилозами в суставах, что функция такой конечности не могла уже быть восстановлена впоследствии даже и после успешной операции на нерве. Таким образом, в результате длительного отпуска без соответствующего лечения раненый с повреждением нерва превращался обычно в стойкого инвалида, не пригодного не только для армии, но и для мирного труда. А между тем систематическое и настойчивое применение электрофизиотерапевтических методов в сочетании со своевременным оперативным вмешательством на поврежденном нерве позволило бы во многих из этих случаев возвратить раненого в строй.

Указанные соображения побудили Главное военно-санитарное управление Красной Армии по обсуждении этого вопроса на пленуме Ученого совета, во-первых, потребовать ускорения при соответствующих условиях сроков оперативного вмешательства на поврежденных нервах, во-вторых, запретить отпуски для лечения раненым с повреждением нервов в армейском районе, во фронтовом же и тыловом районах разрешить направление на комиссию только тех раненых, относительно которых окончательно установлено, что по роду своего повреждения они не могут быть возвращены в строй. Таким образом, подавляющее большинство раненых с повреждением периферических нервов, соответственно указанной директиве Главного военно-санитарного управления Красной Армии, должно быть подвергнуто настойчивой комплексной терапии и своевременному оперативному вмешательству.

Указанные мероприятия должны обеспечить такую систему лечения повреждений периферических нервов, при которой у возможно большего количества раненых настолько восстановилась бы функция пострадавшей конечности, чтобы раненый мог снова возвратиться в ряды Красной Армии.

* * *

3. Третья группа нейрохирургических ранений охватывает повреждения спинного мозга. Эти ранения, если не считать высоких повреждений спинного мозга, не связаны обычно с непосредственной угрозой для жизни пострадавшего; самое повреждение спинного мозга не ведет к тому тяжелому инфекционному процессу, который так характерен для ранений головного мозга. В то же время судьба раненых с повреждением спинного мозга носит исключительно трагический характер из-за быстрого развития осложнений в виде пролежней и инфекции мочевых путей. Последние обычно являются причиной рокового исхода даже в тех случаях, когда не произошло полного анатомического перерыва спинного мозга и восстановление его функции представлялось вполне возможным.

Обычно в большинстве случаев такие раненые рано становятся нетранспортабельными и погибают в армейском или в фронтовом районе без всякой оперативной помощи от сепсиса и восходящей инфекции мочевых путей.

Такое течение ранений спинного мозга указывает на необходимость возможно быстрого оперативного устранения тех источников раздражения и компрессии спинного мозга, которые обусловливают в большинстве случаев развитие отмеченных осложнений. Соответствующее оперативное вмешательство желательно производить возможно быстрее, как только раненый выйдет из состояния шока, обусловленного ранением, и в такой обстановке, которая обеспечила бы неврологическое и рентгенологическое исследование пострадавшего. Первым этапом, который может отвечать всем этим условиям, является нейрохирургическое отделение ППГ второй линии, куда и должны направляться раненые с повреждениями спинного мозга по назначению, минуя промежуточные этапы. Дальнейшее лечение и эвакуация таких раненых проходит через те же этапы, что и раненых с повреждениями головного мозга, с той только разницей, что при ранениях спинного мозга не так опасна послеоперационная транспортировка и не требуется столь длительная госпитализация, как при ранениях головного мозга; зато в силу специфики осложнений раненные в спинной мозг требуют организации особого ухода из-за трофических расстройств кожи и возможной инфекции мочевых путей. Опыт показывает, что, несмотря на всю кажущуюся неэффективность лечения ранений спинного мозга, на тех фронтах, где на организацию этого лечения обращено достаточное внимание и раненые этого рода получают правильную специализированную помощь, лечащие их врачи получают большое удовлетворение в результате восстановления здоровья у значительного процента этих, казалось бы, безнадежных раненых.

* * *

Такова в самых общих чертах довольно стройная система организации специализированной нейрохирургической помощи, нашедшая выражение в ряде директив и указаний Главного военно-санитарного управления Красной Армии и Наркомздрава. Однако не надо закрывать глаза на то, что проведение этой системы в жизнь связано с рядом крупных затруднений.

Первое из этих затруднений состоит в практическом проведении специализации госпиталей, строгой сортировки раненых по определенным профилям и эвакуации их по назначению. Мне пришлось инспектировать специализированные госпитали с начала 1942 г., и я должен отметить, что четкое проведение профилирования госпиталей в течение очень долгого времени налаживалось с чрезвычайно большими трудностями даже в таких крупных центрах, как Москва.

Директива, запрещающая оперировать раненых в череп в МСБ и ППГ первой линии без особых к тому показаний в виде внутри-

черепного кровотечения, в течение долгого времени прививалась с большим трудом, и в некоторых МСБ можно еще и в настоящее время наблюдать стремление к расширению показаний к операциям при ранениях черепа. В ППГ первой линии и общехирургических ППГ второй линии можно еще довольно часто встретить раненых с проникающими ранениями черепа и ранениями спинного мозга, остающихся здесь вопреки директиве об эвакуации по назначению. В таких случаях всегда стереотипно ссылаются на нетранспортабельность этих раненых и на затруднения с транспортом. В действительности основная причина нарушения директивы об эвакуации по назначению в войсковом и армейском районах заключается в недостатках организации транспортировки этого рода раненых. При отправке их попутным порожняком и расположении специализированного госпиталя в стороне от путей армейского транспорта неизбежным результатом является разгрузка специализированных раненых на случайном пункте эвакуации. В результате — состояние раненых ухудшается, что дает право ряду хирургов признавать их нетранспортабельными и даже оперировать ранения мозга в неподходящих условиях общехирургического ППГ. Отсюда само собой вытекает обязательное требование, чтобы эвакуация раненых с повреждениями головного и спинного мозга из войскового района производилась не попутным порожняком, а специальными средствами транспорта МСБ или армейского.

Вторая причина нарушения принципов сортировки и оказания специализированной помощи заключается в неправильном профилировании и дислокации госпиталей армейского района. Очень часто специализированный госпиталь, располагаясь на основном пути эвакуации, принимает в то же время и общехирургических раненых, включая трудоемкие переломы костей нижней конечности. При таких условиях в момент массового наплыва раненых подобный госпиталь оказывается загруженным общехирургическими ранеными, и прием и обработка раненых с повреждениями головного мозга происходит нередко в углу общей перевязочной, переполненной ранеными с тяжело инфицированными ранениями бедра и грудной клетки. Само собой разумеется, что подобная обстановка сводит на-нет все возможности оказания специализированной помощи при ранениях головного и спинного мозга.

Для того чтобы эта специализированная помощь была эффективной, в профилированный гопиталь, кроме раненых с повреждением головного и спинного мозга, могут поступать только раненые с повреждениями глаз, ЛОР-органов и челюстей и, в крайнем случае — грудной клетки и живота, но отнюдь не общехирургические раненые с повреждениями конечностей, и особенно бедер и больших суставов. Во всех случаях комбинирования профилей нейрохирургическое отделение должно иметь отдельную перевязочную и операционную и отдельный, достаточно большой персонал для ухода за ранеными.

При дислокации госпиталей наиболее целесообразной надо признать кустовую группировку госпиталей, чтобы поблизости от спе-

циализированного госпиталя с нейрохирургическим отделением располагался общехирургический госпиталь для ранений конечностей. При невозможности такой группировки специализированный госпиталь для раненных в голову необходимо располагать несколько в стороне от армейского пути эвакуации, чтобы в этом госпитале не производилось разгрузки общехирургических раненых.

Следующее серьезное затруднение в проведении системы специализированной нейрохирургической помощи заключается в недостатке кадров нейрохирургов и невропатологов. В результате не только многие нейрохирургические отделения, но и многие специализированные группы ОРМУ оказываются неукомплектованными соответствующими специалистами. Мне неоднократно приходилось видеть, как всей нейрохирургической помощью ведал отоларинголог или основным консультантом по невропатологии при лечении нейрохирургических раненых являлся специалист по психиатрии детского возраста.

Создавшееся положение обусловливается в основном действительным недостатком кадров соответствующих специалистов в результате чрезвычайно повышенного требования на них в условиях небывалой по размерам Отечественной войны.

Однако острота этого положения может быть в значительной степени сглажена, во-первых, подготовкой молодежи на соответствующих краткосрочных курсах, имеющих точные, узко очерченные задачи. Такие курсы организуются за последний год в ряде городов и дали уже значительные пополнения соответствующих кадров.

Второе мероприятие заключается в правильной расстановке и правильном использовании имеющихся дефицитных кадров, причем надо подчеркнуть, что в этой области сделано еще очень мало.

Очень многие преподаватели и ассистенты, специалисты по невропатологии, остаются еще неиспользованными для специализированной помощи раненым. Кроме того, многие невропатологи продолжают еще занимать должности начальников госпиталей, начальников медицинской части, инспекторов и, таким образом, находятся в стороне от практической работы по специальности.

При наличии невропатологов работа нейрохирургических отделений может быть сравнительно удовлетворительно налажена, если сочетать работу невропатолога с работой молодого общего хирурга, имеющего, однако, стремление заниматься нейрохирургией. Опыт показывает, что таким путем на практической работе можно подготовить удовлетворительного военного нейрохирурга, особенно если он прослушает еще специальные краткосрочные курсы.

Наконец, нельзя не указать, как на одну из причин недостатков в проведении специализированной нейрохирургической помощи тот факт, что нейрохирургическая помощь, несмотря на всю ее значимость и специфичность, до сего времени остается неотделенной от общехирургической в смысле единства организации и руковод-

ства как в армейском, так и в фронтовом районах. В результате специфические особенности нейрохирургической специальности часто оказываются недостаточно отраженными, а специализированная помощь этой группе раненых остается лишенной единого руководства. Последнее же обстоятельство, как доказал уже опыт организации специализированной помощи даже по таким более узким и менее сложным дисциплинам, как стоматология, офталмология и т. д., имеет исключительно важное значение для успешного построения всей системы специализированной помощи. Поэтому главным хирургам фронтов и армий необходимо обратить особое внимание на создание единого руководства и стройной системы нейрохирургической помощи, выделив для этой цели из имеющихся в их распоряжении кадров ответственных специалистов по нейрохирургии или невропатологии.

Нет никакого сомнения, что быстрейшее и радикальное устранение всех указанных недостатков значительно улучшит дело оказания специализированной нейрохирургической помощи нашим раненым бойцам, так как самая идея этой специализированной помощи в высокой степени правильна и плодотворна.

Полковник медицинской службы проф. С. Н. ДАВИДЕНКОВ

О НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Очень важно одно существенное требование в отношении больных с ранениями периферических нервов, неисполнение которого часто может нанести значительный ущерб интересам больного.

Среди показаний к поздней хирургической ревизии раненого нерва наиболее частым является отсутствие репресса клинического синдрома, вызванного выпадением функции нерва. Отсюда ясно, что только динамическое наблюдение за больным в течение более или менее длительного срока (в среднем $1^1/_2$—2 месяца) может в каждом конкретном случае разрешить этот вопрос. Особенно это касается случаев, когда выпала не вся функция поврежденного нерва, а только часть ее (например, сохранилась функция некоторых мышц, иннервированных от данного нерва, или сохранилась часть его чувствительной функции и т п.), и исследующий врач становится перед вопросом, имеется ли перед ним синдром полного перерыва части нервного ствола или же синдром этапного восстановления функции.

С другой стороны, врач часто не имеет в своем распоряжении этого достаточно продолжительного времени для наблюдения, рискуя потерять оптимальный срок для хирургического вмешательства, — срок, равняющийся (при отсутствии особых противопоказаний) 4 месяцам после ранения, согласно инструкции Глав-

ного военно-санитарного управления Красной Армии от 18.IX.1942 г.

В самом деле, раненый с повреждением нервного ствола, особенно в случаях с одновременным повреждением костей или другими хирургическими осложнениями ранения, достаточно долгий срок проводит в хирургических отделениях более передовых этапов эвакуации, часть времени проводит в ВСП и попадает в условия, при которых возможна хирургическая ревизия нерва лишь через 2 и даже 3 месяца после ранения. А если к этим 3 месяцам прибавляются еще 2 месяца, необходимые для наблюдения, то отсюда уже автоматически вытекает возможность хирургической ревизии нерва не раньше чем через 5 месяцев после ранения, т. е. уже с некоторым упущением оптимальных шансов для наиболее быстрого восстановления функции.

Как выйти из этого затруднения?

Чтобы правильно разрешить этот вопрос, необходимо, чтобы наши невропатологи ближнего тыла, к которым в порядке эвакуации поступают раненые с повреждениями периферических нервов, ставили своей очередной задачей не только разработку показаний для более раннего хирургического вмешательства и осуществление этого вмешательства, и не только (совершенно, конечно, необходимое) физикальное лечение повреждений нервных стволов, но и точную регистрацию неврологического статуса в данном периоде наблюдения. Лишь при этом условии врач более тылового учреждения сможет усмотреть из истории болезни, имеет ли он дело с регрессирующим или со стационарным синдромом, и не будет вынужден терять драгоценное время на разрешение этого вопроса собственным наблюдением.

Просмотр большого числа историй болезни убедил меня, однако, в том, что это условие, как правило, не выполняется, и не столько потому, что невропатолог не исследовал своевременно больного, сколько потому, что он записал в истории болезни не то, что может оказаться решающе важным.

Отсюда вытекает необходимость разработать своеобразные, так сказать, стандартные требования для этой неврологической документации, тем более что документация статуса на этапах эвакуации, оказывается, должна несколько отличаться от той, к которой мы привыкли в неврологических стационарах и клиниках мирного времени.

В трех отношениях этот неврологический статус должен быть записан с максимальной точностью.

Первый вопрос касается распределения выпавших и сохраненных двигательных функций. Каждый раз должно быть с величайшей точностью записано, в каких сегментах и какие движения больной еще в состоянии выполнять, хотя бы в самой минимальной степени. Здесь сугубо важна максимальная точность. Например, говоря о сгибании или разгибании пальцев руки, следует всегда точно указать, имеется ли в виду пястно-фа-

ланговая или межфаланговая флексия — экстензия пальцев, всегда точно записать, возможна ли в каком-то объеме аб- и аддукция пальцев и т. п. Если есть возможность, следует всегда указывать, какие мышцы работают и какие не работают при каком-нибудь комплексном движении; например, если частично сохранена флексия кисти, надо указать, напрягаются ли при этом m. flexor carpi radialis, m. palmaris longus, m. flexor carpi ulnaris или некоторые из них. Или, если частично сохранена флексия предплечья, надо указать, осуществляется ли она за счет всех трех сгибателей предплечья (m. biceps, m. brachialis и m. brachio-radialis) или только за счет некоторых из них.

При всех этих исследованиях я советовал бы обратить особое внимание на самые минимальные движения, если они возможны в каком-либо сегменте, даже на то, что в неврологическом обиходе называется нередко «намеком» на то или другое движение, так как решающим для динамики синдрома является обычно вопрос о том, имеется ли в данной мышечной группе нулевая функция, или хотя бы такая, которая по нашей условной пятибалльной системе расценивается единицей. Если есть хотя бы эта единица, она в дальнейшем большею частью легко возрастает до большей силы, если же есть нуль, превращение его в дальнейшем в какую-нибудь положительную величину вовсе не обязательно.

Именно вследствие этого обстоятельства в условиях записи статуса на этапах эвакуации гораздо меньшее значение имеет детальное определение по пятибалльной системе силы движения в том или ином сегменте, и этим последним часто можно вообще пренебречь в отличие от того, что всегда требовалось в нервной клинике мирного времени. Последнее тем более важно, что при записывании силы по любой системе мы неизбежно оцениваем эту силу субъективно, и здесь возможно сравнивать только последовательные записи, сделанные одним и тем же врачом, чего, конечно, нет в нашей эвакуационной работе.

Точные записи моторики совершенно необходимы еще и потому, что раненый весьма часто сам бывает не в состоянии точно сказать, было ли возможно какое-либо слабо сохранившееся у него движение с самого начала после ранения, или оно восстановилось лишь впоследствии? Точно так же хорошо известно, как быстро больные с периферическим параличом какой-либо мышцы научаются производить компенсаторные движения с помощью сохраненных мускулов, что они сами нередко расценивают как регресс, на самом деле вовсе не имеющий места.

Второй вопрос касается точной регистрации объективных расстройств чувствительности. Эта сторона дела, пожалуй, еще более важна, поскольку при регенерации нерва чувствительные функции восстанавливаются, как правило, раньше моторных. Но как записать имеющиеся в каждом данном случае анестезии таким образом, чтобы на последующих этапах эвакуации возможно было сравнение этих разных статусов, взятых разными врачами в разные периоды невритического синдрома? При этом надо иметь в виду, что рекомендовать какие-либо сложные спо-

собы исследования вроде специальных эстезиометров или хронаксиметрии было бы напрасно, поскольку невропатолог в эвакогоспитале вооружен лишь иглой и кисточкой и именно с помощью этого несложного инструментария должен сделать свою ответственную запись.

Однако и эта запись может оказаться исключительно полезной, если помнить следующие три правила.

Во-первых, должна быть всегда определена точная граница, где укол булавкой начинает восприниматься нормально. Это будет, таким образом, граница «какого-то» расстройства болевой чувствительности, включая гип- и аналгезию, точная диференцировка между которыми всегда затруднительна. Во-вторых, точно так же должна быть точно определена граница, где легкое прикосновение (не поглаживание!) кисточкой или ваткой не ощущается вовсе,— это будет, таким образом, граница полной тактильной анестезии для легких прикосновений. И, наконец, должна быть определена зона, где не ощущается ущипывание кожи. Все эти три зоны обычно не совпадают, не говоря уже о том, что область полной анестезии, конечно, никогда не совпадает с приводимыми во всех учебниках зонами анатомической иннервации, что происходит, конечно, за счет перекрытия этих зон соседними кожными нервами. А так как именно в этой области имеют место максимальные индивидуальные вариации, то само собой понятно, что записи вроде «анестезия в области sapheni» или «в области cutanei surae medialis» как материал для сравнения ничего не скажут невропатологу более тыловых этапов Так как при регенерации суживаются границы расстройств чувствительности и уменьшается интенсивность этих расстройств, необходимо именно точное указание, какому виду расстройства чувствительности соответствует данная граница, как это видно из приведенной выше схемы.

Труднее всего в этом деле, конечно, точно записать границу расстройств чувствительности. Лучше всего, пожалуй, все же тщательный рисунок в истории болезни. Он всегда поневоле в известной степени субъективен. Иногда можно его уточнить указанием на то, что та или другая граница проходит в таких-то сантиметрах от того или другого опознавательного пункта (например, «3 см ниже головки малоберцовой кости» и т. п.). Рисунок всегда надо делать, непосредственно срисовывая его с исследованной конечности, на которой границы расстройств чувствительности по мере их определения тут же отмечаются чернильным карандашом или просто чернилами. Лучше всего, конечно, там, где это возможно, сделать фотоснимок с такой разрисованной конечности и прикрепить его к истории болезни с указанием даты исследования.

Третий вопрос касается точной регистрации чувствительности нервного ствола ниже места ранения с указанием того, ощущается ли боль только на месте прижатия нерва, или она иррадиирует и куда. Этот пункт приобретает особую важность теперь, когда стало известно, что не только болезненность

разъединенного нерва может сохраняться, но она может даже—за счет анастомозов — иррадиировать к периферии. Признаком наличия или отсутствия регенерации является поэтому лишь точно установленная динамика этого симптома, а для этого необходимо знать его прежнее состояние. Если уровень, с которого получается иррадиация, в течение некоторого срока (1—1½ месяца), не опускается книзу, это может служить, пожалуй, одним из лучших симптомов отсутствия регенерации.

Я думаю, что если невропатологи более передовых этапов будут выполнять в своей очередной работе эти основные требования неврологической документации, это значительно облегчит дальнейшее лечение наших больных, и те из них, которым предстоит операция, не будут терять драгоценный срок.

Само собой понятно, что, помимо этих трех пунктов, на которые я обратил особое внимание,— так как именно здесь часто встречаются досадные дефекты,— должны быть записаны и такие основные симптомы, как состояние пассивной подвижности, расстройства трофики мышц, кожи, подкожной клетчатки, ногтей и пр., состояние потоотделения и особенно время появления, тип и характер болей, столь часто осложняющих ранения нервных стволов. Исключительно важна, конечно, и электродиагностика, без которой часто невозможно точное распознавание, но которая нередко недооценивается в практической работе наших эвакогоспиталей настолько, что наши невропатологи иногда передоверяют электродиагностику физиотерапевтам, что, конечно, совершенно неправильно.

Но имеется еще одна сторона дела, на которую я хотел бы обратить внимание, это — составление эпикризов при ранениях периферических нервов. Именно, если на каком-либо этапе эвакуации такого больного подробно исследовал специалист-невропатолог, он может в ряде случаев не только описать статус и дать свой диагностический вывод, но и наметить чуть ли не календарный план лечения на ближайшие месяцы, т. е. сделать то, что мы называем прогностическим эпикризом. Например, при синдроме полного перерыва он может, точно отметив уровень, с которого получается иррадиация к периферии, указать в эпикризе, что если через такой-то срок (например, через месяц) этот уровень не сдвинется к периферии на такое-то расстояние (например, на 3 см), необходимо будет оперативное вмешательство. Или: если имеется синдром полного перерыва с реакцией перерождения и всеми типичными признаками, но плотный рубец еще препятствует операции, он может указать, что показан систематический массаж рубца и хирургическое вмешательство, как только состояние рубца это позволит. Или если ранение таково, что операция на нервном стволе вообще невозможна и в будущем предстоит пластика сухожилий, он может указать, какие мышцы требуется уже теперь развивать электрогимнастикой и т. п. Такого рода прогностические эпикризы, которыми мы начинаем теперь широко пользоваться, должны оказаться весьма полезными. Они должны фиксировать внимание тыловых учреждений в определенную сторону

и на определенный срок, не позволят разбрасываться лечению в самых различных направлениях и будут способствовать той преемственности, которая является целью всей системы этапного лечения.

★

Майор медицинской службы доцент И. Л. КРУПКО

СУЩНОСТЬ КОНТРАКТУР ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА В ГОСПИТАЛЯХ ДЛЯ ЛЕГКО РАНЕНЫХ

Из кафедры ортопедии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова
(нач.— генерал-майор медицинской службы С. А. Новотельнов)

Основная задача санитарной службы Красной Армии состоит в скором возвращении в действующие войска бойцов и командиров, временно выбывших из строя вследствие ранений и болезней.

Основным контингентом раненых, дающим действительно высокий процент возвращения в строй в короткий срок, являются раненные в опорно-двигательный аппарат, главным образом с легкими ранениями. Термин «легко раненый» до последнего времени употреблялся как понятие чисто эвакуационное. В настоящий момент этот термин получил иное содержание, и отбор легко раненых в ГЛР производится с точки зрения не эвакуатора, а лечащего врача, ограниченного строго определенными сроками лечения.

К легким следует отнести те ранения, которые не угрожают ни жизни больного, ни целости конечности, не затрагивают важных в анатомическом и функциональном отношении тканей и органов, протекают без осложнений и продолжительность лечения которых не превышает 30—60 дней.

Таким образом, раненый, признанный сегодня легким, может завтра в силу того или иного осложнения перейти в разряд тяжелых или средней тяжести.

Необходимы два условия для того, чтобы процент возвращения в строй был высоким. Первое условие — «единое понимание происхождения и развития болезней, профилактики и лечения их, единое понимание принципов хирургической работы в полевой санитарной службе»; второе условие — «преемственность в лечении раненых и больных на этапах санитарной эвакуации» (Е. И. Смирнов).

Первичная повязка, первичная хирургическая обработка раны, правильная иммобилизация имеют первостепенное значение; лечебная профилактика возможных осложнений в процессе заживления раны и восстановление функции для возвращения в наиболее короткий срок утраченной боеспособности составляют основную задачу санитарной службы Красной Армии. Выполнение этой задачи большого государственного значения в отношении легко раненых

ложится на специализированные госпитали для легко раненых (ГЛР) армейского и фронтового районов.

Многие осложнения ждут пострадавшего в процессе заживления раны, если их не предвидеть и не предупредить. Одним из наиболее частых осложнений являются контрактуры суставов.

Развитие контрактуры можно и необходимо предупреждать. Лечение уже развившейся контрактуры требует много времени и труда и подчас не дает удовлетворительных результатов.

К сожалению, многие хирурги применяют меры профилактики контрактур не как элемент лечения повреждения, отодвигая их на более поздние сроки, на период «долечивания», которое часто представляет собой исправление ошибок лечения.

СУЩНОСТЬ КОНТРАКТУР ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ПРОФИЛАКТИКА КОНТРАКТУР

I. Предконтрактурная фаза

Время наступления и интенсивность болевых ощущений при огнестрельных ранениях зависят от многих причин, в том числе и от индивидуальности раненого. Появление боли означает наступление предконтрактурной фазы. Для этой фазы характерна защитная, противоболевая — анталгическая реакция, обусловленная инстинктивным стремлением раненого фиксировать конечность в положении, устраняющем или ослабляющем боль. Проходит боль—исчезает и противоболевая реакция. При длительно продолжающихся болях защитное положение, фиксируясь, становится привычным, а наступающие вторично морфологические изменения в тканях приводят к контрактуре суставов.

В этом периоде большую роль играет также фактор психогенный, коренящийся в личности раненого, в отсутствии или в ослаблении воли к выздоровлению или «боязни боли». Иногда глубокое убеждение раненого, часто поддерживаемое врачом, что покой конечности — лучшее средство для быстрого выздоровления, приводит к тем же последствиям, замедляя вступление на путь преодоления болезни.

Отсюда вытекают две основные задачи: 1) всеми доступными мерами устранить или уменьшить боли и 2) снять в необходимых случаях психогенные наслоения и осуществить ранние движения в суставах поврежденной конечности. При несоблюдении этих условий госпиталь неминуемо превращается в «фабрику контрактур».

Уменьшение или полное устранение болевых ощущений достигается многими методами. Видное место здесь занимает физиотерапия. Однако ведущая роль принадлежит правильной иммобилизации поврежденной конечности.

Ранения кисти и пальцев весьма часты в ГЛР; они же наиболее часто осложняются контрактурами. Поэтому иммобилизации этого сегмента конечности должно уделять максимум внимания.

При ранении одного пальца необходимо фиксировать поврежденный палец только один в полусогнутом положении на соот-

ветствующим образом приспособленной гипсовой лонгете (рис. 1). Ранение двух и трех пальцев кисти требует такой же изолированной иммобилизации только поврежденных пальцев. При поражении четырех или всех пальцев и кисти иммобилизация осуществляется с помощью дорзальной гипсовой лонгеты, фиксирующей лучезапястный сустав в положении небольшого тыльного сгибания. Пальцы в полусогнутом положении укладываются на ладонном ватном шаре, обернутом марлей. Чрезвычайно важно, чтобы большой палец, охватывающий ватный шар снизу, находился в положении отведения и противопоставления верхушке II или III пальца.

При огнестрельных ранениях предплечья с изолированным переломом костей или без него наилучшим методом иммобилизации следует считать дорзальную гипсовую лонгету, простирающуюся от середины плеча до головок метакарпальных костей. Локоть со-

Рис. 1

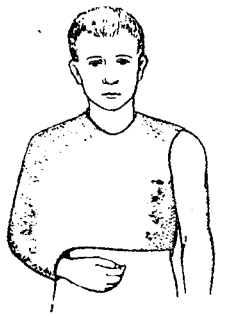


Рис. 2

гнут под прямым углом, предплечье находится в среднем положении между супинацией и пронацией, небольшая тыльная флексия в лучезапястном суставе. Вторая гипсовая лонгета укладывается по ладонной стороне предплечья от локтевого до лучезапястного сустава.

Закрытые вколоченные переломы хирургической шейки плечевой кости не требуют специальной иммобилизации. Необходимо лишь обеспечить на 10—14 дней боковое отведение плеча посредством треугольной соломенной подушки, на тесьме, перекинутой через здоровое надплечье, или отводящей шины, сделанной из двух крамеровских полос. Та же подушка или отводящая шина может служить для иммобилизации закрытых переломов шейки лопатки. При других закрытых переломах лопатки достаточно подвесить руку на косынку.

Закрытые переломы ключицы нуждаются в репозиции отломков. Последняя осуществляется путем расправления плечевого пояса и приподнимания плечевого сустава. В этом положении накладывается гипсовая повязка (рис. 2) на срок от 3 до 4 недель.

Переломы малоберцовой кости и однолодыжечные переломы голени фиксируются U-образной гипсовой лонгетой. Гипсовая лонгета в 6—8 слоев идет от уровня коленного сустава по наружной

поверхности голени, охватывает в виде стремени стопу и поднимается вверх по внутренней поверхности голени до уровня коленного сустава; укрепляется гипсовым бинтом.

При огнестрельных повреждениях стопы и маршевом переломе накладывают на срок до 3 недель гипсовую подошву, а поверх нее гипсовую U-образную лонгету до коленного сустава.

Повреждения мягких тканей конечностей у раненых, помещаемых в ГЛР, как правило, не требуют иммобилизации.

Вторая задача врача — вывести конечность из вынужденного положения и начать ранние движения во всех суставах поврежденной конечности.

Для этого часто понадобится убедить раненого в необходимости таких движений или сломить его пассивное сопротивление. Тесное общение врача с раненым для воздействия на его психику имеет громадное значение.

Кажущаяся несовместимость иммобилизации и движений для предупреждения утраты функции легко устраняется на практике. Здесь все дело в технике наложения иммобилизирующих повязок. Предложенные выше повязки при различных повреждениях конечностей полностью гарантируют выполнение обоих требований.

Повязка при множественном повреждении пальцев или кисти дает возможность производить разгибание в метакарпо-фаланговых и межфаланговых суставах кисти, а также сгибание в этих суставах путем сжатия ватного шара. U-образная повязка, обеспечивая фиксацию, позволяет производить движения в коленном, голеностопном суставах и пальцами стопы. При изолированных переломах костей предплечья, сняв первую шину и фиксируя вторую, можно осуществить движения в локтевом и лучезапястном суставах и т. д.

В некоторых случаях на время занятий движениями потребуется удалять шины, например, при иммобилизации ладонной шиной поврежденного пальца. Наличие перелома той или иной фаланги не должно смущать врача: движения в суставах производят, фиксируя своими пальцами место перелома фаланги.

Опыт применения ранних движений при повреждениях мелких костей пальцев и кисти показал, что опасность получения псевдартрозов нереальна. В этом нас убедили не только собственные наблюдения, но и данные многих ГЛР.

Движения следует начинать с первого дня лечения раны. Это особенно важно при повреждениях пальцев и кисти. 10—12 дней «покоя» после ранения этих сегментов конечности достаточно для развития стойких контрактур, борьба с которыми чрезвычайно трудна, требует длительного времени и крайне неблагодарна.

Начиная с малой, не вызывающей сильных болей амплитуды движений в суставах, ее с каждым днем надо увеличивать. Показанием для временного прекращения или уменьшения дозировки движений служат: развивающиеся явления воспаления и повышения температуры. Нельзя во время движений вызывать ими сильную боль. В случае малого успеха от активных движений следует, наряду с ними, производить и пассивные.

Комплексное лечение в этом периоде должно найти реальное применение. Если ведущий хирург совместно с командованием госпиталя не сумеет устранить изоляцию заинтересованных специалистов и возглавить их работу, то идея комплексного лечения останется лишь на бумаге. Именно в этом периоде ведущий хирург обязан привлечь в перевязочную физиотерапевта и врача лечебной физкультуры с их помощниками. Для этого прежде всего необходимо оборудование мощной перевязочной, способной вместить наиболее употребительную аппаратуру кабинета физиотерапии и лечебной физкультуры. Там, где подобные комбинаты были организованы, очень скоро налаживалось деловое содружество трех специалистов и получались замечательные плоды их совместной работы.

Раненый, доставленный в перевязочную, осматривается хирургом, который назначает общехирургическое лечение и совместно с другими специалистами определяет задачи физиотерапии и лечебной физкультуры для данного случая. Практическое осуществление намеченного плана лечения производится здесь же: водяная ванна, светолечение, болеутоляющие процедуры, парафинотерапия, активные и пассивные движения в суставах, перевязка и т. д.

Нет совместной работы хирурга, физиотерапевта и врача лечебной физкультуры, — как правило, нет и единого направляющего плана лечения, нет комплексного лечения, а есть вредящий разнобой: чрезмерная осторожность одного, увлечение другого, либо свои «особые мнения» и свои «подходы», совершенно недопустимые в условиях полевой санитарной службы.

После того как проходят первые, наиболее ответственные дни лечения, раненый, снабженный письменной подробной инструкцией, направляется в кабинет лечебной физкультуры, где приступает как к индивидуальной, так и к групповой лечебной гимнастике. Одновременно больной привлекается к трудовым процессам, строго индивидуализированным и дозированным. Он шьет, чинит обувь, работает по хозяйству, изготовляет в слесарной или столярной мастерской дефицитные предметы и т. п.

Однако комплексное лечение состоит не только из общехирургического лечения, широкого применения физиотерапии, лечебной физкультуры и трудовых процессов. Оно включает как непременный элемент боевую и политическую подготовку. Весь режим должен быть построен так, чтобы правильно чередовать и сочетать все элементы комплексного лечения. Только тогда подобный режим будет воспитывать у раненого волю к выздоровлению, будет, следовательно, способствовать возвращению временно утраченной боеспособности в максимально короткий срок.

Таким образом, в первой, предконтрактурной фазе мы еще контрактур суставов не имеем, но наличие вышеописанных реакций организма создает все условия для их развития. Изменения в тканях био-физико-химического свойства если и есть, то, несомненно, носят чисто функциональный характер, являясь изменениями обратимого порядка. Пойдут ли далее изменения в сторону развития контрактур или в обратном направлении, в подавляю-

щем числе случаев зависит от нас, врачей, от нашего подхода, знаний, настойчивости, организованности. Трудно установить продолжительность этого периода; во всяком случае практически он не превышает нескольких дней.

Уже в этом периоде встает также вопрос об ампутации пальцев, к которому необходимо определить отношение хирурга.

Отношение к ампутациям пальцев руки. Трудно допустить, чтобы хирург решился ампутировать палец без самых веских на то оснований. Однако практика показывает, что стремление многих хирургов сохранить палец во что бы то ни стало граничит иногда с безрассудством. Надо раз навсегда утвердиться в мысли, что во многих случаях мы не можем во время войны поступать так, как в мирные дни. Мы не можем:

1) много считаться с косметической стороной;

2) рисковать потерей функции кисти и других пальцев из-за сохранения пальца, функциональная пригодность которого больше чем сомнительна;

3) удлинять из-за призрачных надежд на весьма неопределенный срок лечение тех раненых, которым при определенных мероприятиях может быть рано возвращена боеспособность.

Мы осуждаем излишний в этом вопросе консерватизм. Война требует резервов в первую очередь обученных и уже обстрелянных. Наш долг — отдать их Красной Армии в большом числе и в короткие сроки.

Ампутации подлежат:

1) пальцы со значительными размозжениями мягких тканей, костей и суставов, для заживления которых требуется длительный срок, восстановление функции которых сомнительно, а угроза функции кисти и других пальцев реальна;

2) случаи с не имеющим тенденции к заживлению гнойным артритом межфаланговых и метакарпо-фаланговых суставов. В последнем случае обязательно резецируется головка;

3) пальцы с распространенным остеомиэлитом фаланговых и метакарпальных костей; в последнем случае метакарпальная кость либо резецируется, либо удаляется полностью, а палец ампутируется.

Приведенные показания к ампутациям не распространяются на большой и указательный пальцы кисти, к которым, в силу их особо важного значения, должен быть особо щадящий подход.

Те же показания служат для ампутации пальцев стопы и резекций метатарзальных костей. Исключения составляют повреждения I и V пальца стопы. Здесь особенно важно сохранить метатарзофаланговый сустав, важный из-за головки метатарзальной кости, существенно участвующей в нагрузке стопы.

Заживление ампутационной культи часто затягивается. Для ускорения этого процесса весьма уместно применить рекомендованный одним из хирургов Волховского фронта оригинальный способ больших ампутаций. Производится ампутация пальца кисти. На тыльной или ладонной поверхности, если есть к тому возможность, оставляется лоскут кожи, который надлежит свернуть в

трубку и сшить. Как только культя очистится от некротических тканей и покроется чистыми грануляциями (применить мазь Вишневского), швы кожной трубки распускают или последнюю рассекают по шву и покрывают ею культю.

II. Фаза нестойких контрактур

Фиксировавшееся в силу указанных выше причин защитное положение конечности становится привычным. Вторичные морфологические изменения в тканях, сопровождающие привычное положение, дают контрактуру суставов.

Несомненно, что в основе морфологических изменений тканей лежит местное нарушение обмена веществ и питания, а также трофические явления. Наши патологоанатомические исследования показали, что морфологические изменения затрагивают все ткани конечности. Эти изменения в форме перерождения хорошо заметны в мышечной клетке, но обычно не в одинаковой степени затрагивают отдельные мышечные группы и мышцы.

Однако, как показали опыты с перерезкой измененных мышц, не они служат основным препятствием для движения в суставах при контрактурах — компенсаторные способности мышц очень велики. Дальнейшими наблюдениями выяснено, что основные тормозы заложены в сухожильных влагалищах и суставах. В этой стадии контрактур, особенно на пальцах и кисти, отмечается наличие нитевидных спаек, соединяющих сухожилие с внутренней стенкой сухожильного влагалища. Количество синовиальной жидкости в суставе заметно уменьшается; одновременно происходит ее сгущение. Обнаруживаются то более нежные, то более грубые спайки, соединяющие либо суставные поверхности костей, либо участки синовиальной оболочки сустава с суставной поверхностью одной из костей. Это последнее обстоятельство проливает некоторый свет на ту резкую болезненность в суставе, которую испытывают больные при насильственных попытках движений: причиной этого служит травматизация чувствительной синовиальной оболочки сустава.

Указанные изменения наиболее резко выражены в соседнем с травмой, чаще дистальном суставе, но, как правило, затрагивают и другие, иногда отдаленные суставы (изменения в голеностопном суставе при огнестрельном переломе бедра).

Причиной этого служит бездеятельность, «покой» сустава, другими словами,—привычное положение конечности. Так называемые «одеяльные» контрактуры, описываемые некоторыми авторами,— не что иное, как контрактуры привычного положения. Наряду с этими вторичными, так сказать, «отраженными» изменениями тканей, с первого дня ранения идут процессы регенерации на месте непосредственного повреждения.

Как известно, ни мышца, ни сухожилие не регенерируют. Дефект их замещается рубцом.

Служит ли рубец абсолютным препятствием для их нормальной функции?

На этот вопрос надо ответить отрицательно. Это становится понятным, если вспомнить анатомическое строение некоторых мышц человека, в частности, прямой мышцы живота и полуперепончатой. Наличие поперечных сухожильных прослоек, которые до известной степени могут быть сравнены с рубцом, не служит препятствием к их нормальной работе.

Несколько по-иному обстоит дело при рубце мягких тканей, спаянном с подлежащей костью. В этих случаях образуются «третьи точки» прикрепления мышц к кости, на которые обратил внимание еще Пирогов. Спаянный с костью рубец оказывает механическое препятствие активным и пассивным движениям сустава.

Таким образом, для фазы нестойких контрактур при огнестрельных ранениях конечностей характерно существование двух процессов: один из них связан с регенерацией раны и состоит в образовании рубца, а второй является продуктом трофических процессов и местного нарушения обмена веществ и состоит в морфологических изменениях нефункционирующих тканей, в первую очередь суставов и сухожильных влагалищ.

Отсюда вытекает линия поведения врача в этом периоде. Он должен:

1. Предупредить дальнейшее развитие морфологических изменений в мягких тканях, в первую очередь в мышцах. Активное сокращение и напряжение мышц, физиотерапия, торфо-грязелечение, парафинотерапия в некоторых случаях и массаж будут способствовать возвращению этих тканей к нормальной жизни.

2. Предупредить дальнейшее образование внутривлагалищных и внутрисуставных спаек. Этому будут служить те же мероприятия плюс пассивные движения с максимальной амплитудой.

3. Предупредить образование грубого спаивающего все или почти все ткани рубца, для чего широко ввести в повседневную практику кожную пластику (по Дэвису, по Тиршу), наложение швов на глубокие гранулирующие раны при небольшом количестве гнойного отделяемого, при отсутствии в ране стрептококка и местных явлений воспаления, в том числе лимфаденитов, лимфангоитов и флебитов.

4. Предупредить образование «третьих точек» прикрепления мышц путями, указанными в пункте втором.

В ряде случаев, для того чтобы предупредить рубцовое стягивание или устранить привычное положение, понадобится фиксация конечности в противоположном крайнем положении. Так, при ранении мягких тканей сгибательной поверхности бедра, если имеется тенденция к сгибательному положению в коленном суставе, конечность фиксируется на ночь гипсовой шиной в положении разгибания. При ранении мягких тканей разгибательной стороны иногда понадобится, помимо указанных мероприятий, фиксация конечностей на ночь в положении сгибания и т. п.

Применение вытяжения не может быть рекомендовано. Оно не дает никаких особых преимуществ при лечении огнестрельных переломов мелких костей, но, несомненно, способствует развитию контрактур.

Отношение к инородным телам

В подавляющем числе случаев инородные предметы (металлические осколки, пули), попадая в тело человека, инкапсулируются и не дают никаких осложнений, требующих вмешательства.

Более редко инородное тело может:

1) оставлять длительно не заживающий свищ,

2) давать симптомы давления на нервные проводники,

3) служить угрозой повреждения стенки сосуда,

4) располагаясь рядом с сухожилием мышцы, вызывать боли при активной ее работе,

5) при расположении вблизи сустава механически препятствовать его функции.

Во всех этих случаях инородное тело подлежит удалению. Выжидание здесь неуместно, так как создает условия для упрочения контрактуры.

Обнаружить и извлечь инородное тело не всегда легко. При наличии свища поможет ориентироваться рентгеноскопия и рентгенография с зондом, а также фистулография. При зажившей ране необходимо предварительное тщательное исследование рентгеноскопией и рентгенография. Инородные металлические тела, находящиеся в кисти и пальцах, очень легко удаляются, если оперировать под контролем, для чего можно воспользоваться следующим простым прибором. Небольших размеров ящик имеет верхнюю стеклянную стенку. Внутри ящика электролампа в 500—1 000 W. Кисть оперируемого укладывается на стеклянную стенку ящика, покрытую стерильной простыней. Кисть и пальцы при этом просвечивают настолько хорошо, что в них прекрасно видно месторасположение инородных тел. После удаления инородного тела рана дезинфицируется иодной настойкой с последущим промыванием чистым спиртом; редкие швы на кожу, с тампоном на сутки; ввести профилактическую дозу противостолбнячной сыворотки по Безредке.

Об остеомиэлите

Основой профилактики остеомиэлита является тщательная первичная хирургическая обработка раны. До сего времени ни механизм развития, ни патогенез остеомиэлита при огнестрельных повреждениях костей не разработаны. Однако совершенно очевидно, что отождествлять его с гематогенным остеомиэлитом нельзя, а поэтому нельзя придерживаться и сроков оперативных вмешательств, выработанных для гематогенного остеомиэлита.

При огнестрельных остеомиэлитах костный мозг и кость поражаются инфекцией, распространяющейся из раны по гематоме, которая, как правило, пропитывает костный мозг на большом протяжении от места непосредственного ранения кости (в этом мы убедились на распилах замороженных поврежденных конечностей, произведенных доцентом Е. А. Успенским). Если не сделана тщательная первичная хирургическая обработка при повреждении кости и рана имеет наклонность к образованию свища, необходимо оперативное вмешательство, чтобы убрать свободные костные

отломки, находящиеся в ране инородного тела, все мертвое (секвестры) и нежизнеспособное; в рану ввести стрептоцид; дренажи и тампоны не применять. После того как кость и дно будут выполнены здоровыми грануляциями, в некоторых случаях может быть наложен шов. Раннее оперативное вмешательство по поводу остеомиэлита, несомненно, способствует ускорению консолидации перелома и является вместе с тем профилактикой в отношении развития контрактур.

Псевдартрозы и деформации

Псевдартрозы при повреждениях мелких костей кисти и стопы встречаются очень редко. Более реальна угроза получения ложного сустава при переломах костей предплечья. Правильная иммобилизация и предупреждение ротационных движений (супинации и пронации) — основные меры профилактики псевдартрозов костей предплечья. Лишь после образования мозоли можно приступить, вначале очень осторожно, к ротационным движениям. При наличии явлений замедленной консолидации раненый подлежит переводу в ЭГ.

При соблюдении основных правил иммобилизации деформации в связи с переломами костей не должны иметь места в ГЛР.

Повреждения сухожилий

Практически наибольшее значение имеют повреждения сухожилий пальцев и кисти. О первичном шве при огнестрельных ранениях их не может быть и речи. Вторичный шов сухожилия разгибателя на тыле кисти может быть осуществлен в ГЛР фронтового района через 2—3 недели после заживления раны.

Послеоперационная фиксация на 3 недели в разогнутом положении. Осторожные активные и пассивные движения начинать с 8-го дня, а с 12-го дня в возрастающем темпе.

Швы снимаются на 10-й день, после чего назначаются горячие ванны и массаж. Однако пластика сухожилий вряд ли может получить широкое распространение в ГЛР. Функциональная приспособляемость кисти и пальцев настолько велика, что обычно у контингентов раненых ГЛР не потребуется прибегать к этому не простому вмешательству.

III. Фаза стойких контрактур

При дальнейшем заживлении раны происходит превращение молодой рубцовой ткани в постоянную волокнистую рубцовую ткань, что в физиологическом смысле означает процесс сморщивания рубца, а в клиническом проявлении — рубцовое стягивание.

В окружающих тканях идет процесс дальнейшего развития изменений как в качественном, так и в количественном отношении и дальнейшие изменения в суставах находящейся в покое конечности. Последние выражаются в увеличении числа и опрубенти

внутрисуставных нитевидных и ленточных спаек, которые превращаются в мощные и крепкие. Часто при этом спаиваются складки и выворотьи сумки сустава. Суставной хрящ местами некротизируется. Это омертвение хряща, как бы пролежни его, происходит главным образом на местах соприкосновения суставных поверхностей костей, что указывает на влияние не только трофики, но и чисто механических моментов. При этом в ряде случаев сухожилия на значительном протяжении сливаются с сухожильным влагалищем. Это — фаза стойкой контрактуры.

Если в фазе нестойкой контрактуры энергичным вмешательством можно в сравнительно недолгий срок добиться восстановления функции, то при стойкой контрактуре на это уходит очень много времени и труда и часто безрезультатно.

Заключение

Патологоанатомические исследования открывают причину столь частых неудач. Эти наблюдения говорят о том, что контрактуры при огнестрельных ранениях конечностей имеют свои особенности и потому их классификация и номенклатура, базирующиеся на развитии контрактур при различных заболеваниях, нуждаются в пересмотре.

Если отвлечься от причин, вызывающих контрактуры суставов, то наиболее общая характеристика контрактур может быть сведена к двум компонентам:

а) ограничение амплитуды движений сустава,

б) непроизвольный характер этого ограничения.

Поэтому **под контрактурой надо понимать ограничение нормальной пассивной подвижности сустава.**

Классификация контрактур производится в соответствии с тем, какая ткань играет преимущественную роль в их происхождении. На этом основании контрактуры делят на: 1) артрогенные, 2) миогенные, 3) дермо- и десмогенные, 4) нейрогенные: антагонистические и рефлекторные.

Помимо того, некоторые авторы выделяют контрактуры: 1) привычные, 2) одеяльные, 3) психогенные.

Так как при огнестрельном ранении чаще повреждаются все или почти все ткани, то нельзя говорить о преимущественной роли того или иного вида ткани в происхождении контрактуры. Рубец если не соединяет разные ткани в единый конгломерат, то во всяком случае поражает в большинстве случаев и кожу, и фасции, и апоневроз, и мышцы. Какая ткань в таком случае будет играть доминирующую роль в происхождении контрактуры, сказать трудно. Повидимому, все.

Вторичные изменения тканей, зависящие от привычного бездеятельного состояния конечности, поражают все ткани и особенно резко — суставы. Это приводит нас к необходимости отказаться от общепринятой классификации. Это вопрос сугубо практический. В тыловых эвакогоспиталях стойкие контрактуры 2—6-месячной

давности занимают видное место. Часто при этом на основании клинического исследования мы ставили диагноз миогенной контрактуры. С лечебной целью применялся массаж и лечебная физкультура. Успех первых дней лечения вскоре сменился недоумением, которое мы разделяли с врачом лечебной физкультуры. Размах движений в суставе переставал увеличиваться. Наши старания приводили лишь к появлению боли в суставе. Заподозрив участие «злой воли» со стороны раненого, мы в ряде случаев произвели одномоментную редрессацию под наркозом и получили гемартроз; контрактура, считавшаяся миогенной, вела себя как любая артротенная контрактура.

Каждому хирургу, имевшему дело с контрактурами, известно, что в подавляющем большинстве случаев так называемых миогенных контрактур недостаточно одной только тенотомии или иссечения рубца, которое мы сейчас заменили отделением рубца от кости для устранения контрактуры. Нужна и редрессация, чтобы разорвать спайки в суставе и сухожильных влагалищах мышц.

Таким образом, контрактуры при огнестрельных ранениях конечностей представляют собой явление сложное. Их развитие связано с процессами перерождения, сморщивания и образования спаек не в одной какой-либо ткани, а во всех, поэтому для их подразделений нет оснований, тем более нет основания выделять психогенную контрактуру. Если она связана с психогенными реакциями, то, как уже указывалось, становится привычной, с соответственными органическими изменениями. Если же контрактура воспроизводится искусственно, является произвольной, то это не контрактура, а аггравация, обман, влекущие за собой передачу больного прокурору.

Лечение стойких контрактур — дело во всех отношениях трудное. Мы не ставим себе целью приводить здесь различные методы. Перед ГЛР эта задача не стоит; профилактика — вот основа работы этих госпиталей.

В заключение считаем необходимым еще раз подчеркнуть колоссальное значение воспитательной работы с ранеными, ибо, как правильно отмечает Аствацатуров, «чаще приходится встречаться с упорным течением контрактур вследствие сопротивления со стороны больных терапевтическим воздействиям и отсутствия воли к выздоровлению».

Помочь выработке утраченных и образованию новых функциональных приспособлений — одна из важнейших задач лечебной физкультуры и трудотерапии в ГЛР.

★

Подполковник мед. службы кандидат медицинских наук К. К. ПЛАТОНОВ

КЛАССИФИКАЦИЯ СТЕПЕНЕЙ ПЕРЕУТОМЛЕНИЯ ЛЕТНОГО СОСТАВА

«Устал», «утомлен», «переутомлен» — эти термины нередко приходится слышать от авиационных врачей в применении к летному составу, выполняющему напряженную боевую работу. Их же приходится читать в медицинских характеристиках и на основании их принимать те или иные лечебно-профилактические и экспертизные выводы.

Вместе с тем опыт показывает, что как сами эти понятия, так и степени их тяжести трактуются различно и не всегда верно.

Так, не всегда учитывается различие «утомления» как физиологического процесса, вызванного расходом энергии и накоплением продуктов распада, и «усталости» как психологического процесса, отражения сознанием утомления. Забывается, что утомление и усталость находятся в сложном и не всегда постоянном соотношении. Эмоциональный подъем может снять явление усталости при наличии выраженного утомления и, наоборот, для невротиков, неврастеников и психастеников характерна резкая усталость при отсутствии объективного утомления.

Путаются также понятия «утомление» и «переутомление». Напомним, что утомление, как бы оно велико ни было, снимается обычным отдыхом — «выходным днем». Даже при сильных степенях утомления обычно необходимо и достаточно только однократное удлинение периода сна. Утомление даже в резко выраженной степени является нормальной физиологической реакцией и у здорового человека при условии нормального последующего отдыха и питания является чаще положительным для деятельности организма фактором, чем отрицательным. Переутомление всегда отрицательный для организма процесс кумуляции утомления.

Для принятия необходимых лечебно-профилактических мер и экспертизных выводов при переутомлении необходимо тщательно разбираться во взаимоотношении:

1) этиологических факторов возникающего переутомления,
2) факторов, способствующих его развитию,
3) картины (симптомов) переутомления.

Основным этиологическим фактором возможного переутомления летного состава является усиленная боевая летная работа. Однако, как показывает опыт, один этот фактор при отсутствии дополнительных и способствующих факторов чрезвычайно редко дает выраженное и тем более тяжелое переутомление.

Дополнительными этиологическими факторами являются:

1) нарушение режима сна;
2) усиленная дополнительная физическая нагрузка;
3) усиленная дополнительная психическая нагрузка.

Каждый из этих факторов, взятый изолированно, может привести к явлениям переутомления.

Опыт показывает, что нарушение режима сна—наиболее практически важный дополнительный фактор, наиболее часто приводящий к появлению переутомления у летного состава. Отсюда понятно, как важно авиаврачу следить за точным и правильным распорядком дня, за использованием времени от отбоя до подъема на сон, как важно организовать условия для дневного сна у ночников и у летчиков, рано встающих и днем находящихся на аэродроме.

Ясно, что дополнительная усиленная физическая (ходьба на большие расстояния, иногда увлечение спортом и т. д.) или психическая (наслаивающиеся тяжелые переживания, чрезмерные занятия и т. д.) нагрузка должна быть также учтена при анализе возникающего переутомления. Особо необходимо тут подчеркнуть значение повторных неприятных переживаний, которые, как известно, и сами по себе могут не только давать астенизацию личности, но и приводить к более или менее тяжелым реактивно-психогенным расстройствам. Неприятные письма из дома в некоторых случаях могут играть в нарастающей картине переутомления бо́льшую этиологическую роль, чем боевая работа. В частности, поэтому важно, чтобы каждый авиаврач в известной мере был знаком с элементами психотерапии.

Способствующими развитию переутомления факторами являются:

1) дефекты количества, качества или режима питания;
2) наличие хронических соматических заболеваний;
3) наличие вегетативных расстройств;
4) наличие невротических или психотических черт характера.

Хотя ни один из этих факторов сам по себе не может вызвать переутомление, — роль их в развитии и нарастании его очевидна. Надо только не забывать анализировать и учитывать степень значимости каждого из них.

Дефекты количества, качества и режима питания наиболее резко способствуют появлению переутомления и усиливают появляющиеся симптомы истощения. Отсюда понятно значение наблюдения за правильным режимом, обеспечивающим потребление и усвоение летчиком всего положенного ему питания.

Внимательного изучения требует соотношение симптомов имевшихся тех или иных хронических соматических заболеваний (гастриты, бронхиты, фурункулез, радикулиты и т. д.) и вегетативных расстройств (главным образом связанных с наличием травмы черепа) с симптомами нарастающего переутомления. Эти заболевания и расстройства усиливают и ускоряют развитие переутомления и в свою очередь сами усиливаются под влиянием переутомления. В таких случаях, помимо мер борьбы с переутомлением, необходимо проводить лечение основных заболеваний, закаливание вазомоторно-вегетативной сферы и добиваться уменьшения травмирующих ее факторов (бросить курить).

Наличие невротических и психотических черт характера при появлении переутомления проявляется преобладанием симптомов эмоциональной лабильности и дает обычно наиболее тяжелое

(особенно в субъективных симптомах) проявление переутомления. Именно для этих случаев характерен разрыв между утомлением и несоответственно сильной усталостью. Здесь, наряду с общеукрепляющей терапией, особое значение приобретает психотерапия и воспитательная работа.

Как видно, все эти способствующие факторы затемняют и усложняют симптоматику самого переутомления. Последнее же может быть сведено к следующим четырем группам:

1. Расстройство сна — самый начальный и характерный симптом переутомления.

2. Вегетативные сдвиги, появление которых в значительной мере зависит от особенностей вегетативной сферы до начала переутомления. Помимо головных болей, головокружений, потливости, вазомоторных расстройств, тремора, сюда же относится и потеря веса.

3. Эмоциональные сдвиги — обычно в своих проявлениях тесно связанные с симптомами вегетативной слабости. Они проявляются в нарастающем падении эмоционального тонуса и повышении лабильности.

4. Снижение умственной работоспособности, наиболее заметно проявляющееся в виде ослабления и быстрой истощаемости внимания и ассоциативных процессов и расстройств памяти.

Сила проявления и соотношение всех этих симптомов определяют степень переутомления.

Для единого понимания степеней переутомления и принятия соответствующих лечебно-профилактических и экспертизных выводов удобнее всего различать четыре степени переутомления:

I — начинающееся;

II — легкое;

III — выраженное;

IV — тяжелое.

В повседневной работе авиаврача основную роль играет I и II степень переутомления летного состава. Различение II и III степени обычно приходится производить при ежемесячных осмотрах и направлении на отдых. С IV степенью приходится сталкиваться обычно только на врачебно-летных комиссиях и, как правило, при наличии в анамнезе выраженных дополнительных и вспомогательных факторов проявления переутомления.

В прилагаемой схеме мы даем соотношение и силу проявления основных симптомов переутомления, определяющих каждую из этих степеней. В этой же схеме дана зависимость их проявления от основного этиологического фактора — летной работы — и указаны основные необходимые лечебно-профилактические и экспертизные выводы для каждой группы.

Приведенная схема как всякая схема значительно упрощает возможные соотношения и проявления симптомов переутомления. Однако опыт показывает, что применение ее при учете всего вышесказанного позволяет лучше разбираться в степенях переутомления, добиться единого понимания их и избежать как недооценки, так и переоценки отдельных случаев переутомления.

Схема степеней переутомления у летного состава

Степень / Симптомы	I—начинающееся	II—легкое	III—выраженное	IV—тяжелое
Появление усталости при летной нагрузке	Усиленной	Обычной	Облегченной	Без летной нагрузки
Влияние снижения работоспособности на выполнение задания	Не влияет	Мало	Заметно	Резко
Компенсация снижения работоспособности волевой установкой	Легко, полностью	С трудом, полностью	С трудом, неполностью	С большим трудом, незначительно
Эмоциональные сдвиги	Временами появляющаяся раздражительность	Вялость, неустойчивость настроения	Безразличие, выраженная раздражительность	Угнетение, резкая раздражительность
Расстройства сна	Труднее засыпать или просыпаться	Многим труднее просыпаться утром, вялость	Поверхностный сон. Днем сонливость	Бессонница, утром разбитость
Снижение умственной работоспособности	Внимание быстрее истощается, труднее распределяется	Некоторое снижение механической памяти	Заметное ослабление внимания и памяти	Резкая истощаемость внимания, выпадение памяти
Вегетативные сдвиги	Усиление имевшихся, появление мало симптомов	Явления сосудистой слабости, тяжесть в голове	Головокружения при нагибании, головные боли, потеря аппетита	Резкая сосудистая слабость, систематические головные боли, потеря аппетита
Экспертизные выводы	Годен без ограничения	Годен с облегченной нагрузкой	Годен только к невысотным и нескоростным полетам	Временно негоден
Лечебно-профилактические мероприятия	Упорядочение отдыха в части, физкультура	Усиление отдыха, стимуляторы, изменение работы	Необходим дом отдыха	Санаторий или госпиталь с физиотерапией

Полковник медицинской службы А. А. АЛЯВДИН

ОРГАНИЗАЦИЯ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Войсковые врачи обязаны вести широкую профилактическую работу в отношении венерических болезней. Сюда относится и санитарная разведка в отношении венерической пораженности местного населения. Подробный и широкий опрос населения о заболеваниях может дать много ценных сведений. Опыт показал, что в документах, захватываемых нашими войсками у гитлеровцев, часто имеются сведения, чрезвычайно полезные для профилактики венерических заболеваний, вплоть до списков женщин, насильственно загнанных в публичные дома, и больных. Войсковой врач должен знакомиться с такими документами, почерпая из них нужные сведения.

Собранные сведения надо оставлять врачам частей и учреждений, последовательно проходящих через данный населенный пункт. Это достигается путем передачи документов врачам, прибывающим на смену уходящим, или коменданту данного пункта.

Выявление источников инфекции побуждает войскового врача к расширенным обследованиям групп, среди которых обнаружены больные. Это даст возможность выявить хотя бы открытые, запущенные формы венерических болезней и обезвредить наиболее опасных носителей инфекции.

Выполняя это, войсковой врач образует как бы передовой походный диспансер. НКЗдрав же должен возможно быстрее развертывать сеть своих учреждений в освобождаемых районах.

Следующей задачей войскового врача является систематическое проведение в своей части индивидуальной противовенерической профилактики.

Эту работу не следует сводить к техническому выполнению соответствующих процедур. Необходимо проводить обучение пользованию индивидуальными пакетами, не теряя, однако, связи с пользующимися ими.

Индивидуальные пакеты прежде всего должны содержать презервативы. Раздача их при условии соответствующих объяснений и обучения пользования ими несомненно сохранит здоровье многих бойцов.

Одним из основных мероприятий, проводимых войсковым врачом, является систематическая, настойчивая санпросветработа, размах и продуктивность которой целиком зависят от активности врача.

Во время наступательных операций представляет большие трудности профилактическая работа среди войск. Но здесь многое зависит от врача части и его активности.

Профилактика заразных кожных болезней сводится главным образом к общим санитарным мероприятиям (регулярная банная обработка войск, систематическая и широкая дезинфекция одежды и постельных принадлежностей). Однако поступление в армию

больных с заразными дерматозами и значительное ухудшение общих санитарных условий в войсках могут приводить к распространению кожных заболеваний в войсках. Неотложной задачей гражданских организаций является ликвидация чесотки как массового заболевания среди призываемых в армию; санитарные же отделы округов должны обратить особое внимание на состояние запасных частей, куда вливаются зараженные пополнения.

В основу организации лечебной помощи кожно-венерическим больным действующей армии положены следующие два принципа: приближение ее к войскам и максимальное ограничение эвакуации больных.

Основными условиями, определяющими место лечения кожно-венерических больных являются: 1) степень общения бойцов с населением и между собой; 2) возможность устранения заразительности данных заболеваний и 3) ориентировочная продолжительность лечения.

Теснота общения усиливается по направлению от тыла к войсковому району. Войска действующих частей находятся в тесном контакте с местным населением, располагаясь очень часто в непосредственном контакте с ним. Теснота взаимного общения бойцов передовых частей по сравнению с тылом нарастает в отношении мест ночлегов, пользования посудой и других моментов общежития. Все это создает чрезвычайно тяжелую обстановку при занятии нашими войсками освобождаемых от противника районов, как известно, сильно зараженных.

Ввиду этого необходимо разделять венериков на две группы: с активными заразными проявлениями и без таковых.

Для первой группы венериков обязательны: возможно ранняя диагностика и изоляция до полной ликвидации заразительных проявлений. Практически это означает более или менее глубокую эвакуацию их из войсковых частей в стационары. Таким образом, врач части должен решить — следует ли данного больного эвакуировать или оставить в части. Если заболевание выражено ясно и полковой врач не сомневается в диагностике, то больной подлежит немедленному направлению в АГЛР, место расположения которого должно быть известно врачам частей. Никаких лечебных процедур в отношении венерика полковым врачом, а также и в МСБ, если туда больной попадает, не должно производиться, особенно при язвенных поражениях половых органов, подозрительных на твердый шанкр. Никаких местных дезинфицирующих процедур в этих случаях полковым врачам и в МСБ делать не следует, чтобы не затруднять в дальнейшем распознавание болезни.

АГЛР находится уже в армейском районе. Одно из отделений его имеет задачей остановить поток венерических больных, идущий из находящихся впереди частей и учреждений, провести их окончательную сортировку или осуществлять в полной мере их лечение. Срок пребывания венерических больных в этих госпиталях, помимо исчезновения заразных проявлений болезни, определяется оперативной обстановкой. Максимальный срок, необходимый для проведения курса лечения при сифилисе, — $1^1/_2$—2 месяца. Для ле-

чения остальных венериков требуется, как правило, значительно меньше времени.

Оперативная обстановка не всегда позволяет выдерживать больных в армейских госпиталях так долго. Однако чрезвычайно важно задержать больного на месте лечения, так как с течением времени при правильном лечении его заразительность уменьшается.

ГЛР отличается от обычных госпиталей общим укладом жизни. Больные, находящиеся в нем, носят обычное обмундирование, занимаются работами и строевой учебой. Все это придает ему характер военной команды, люди которой как бы проводят лечение при части. Именно такой госпиталь является основным звеном в организации помощи венерическим больным в действующей армии. Здесь производится окончательный контроль над правильностью направления венериков из передовых районов, проводится основательное лечение и отсюда эти больные возвращаются в свои части. Ни один венерический больной не должен быть эвакуирован дальше без серьезных к тому показаний.

При необходимости эвакуировать венериков из армейских госпиталей в тыл они могут быть направлены на следующий этап — ФГЛР. Отличие ФГЛР от армейских госпиталей сводится только к более отдаленному расположению в тылу, что обеспечивает возможность более длительного лечения. Поэтому сюда следует направлять больных, лечение которых потребует заведомо не меньше 2 месяцев. Больных, нуждающихся в настоящей госпитальной обстановке, помещают в специализированное отделение одного из госпиталей госпитальной базы фронта.

Эвакуация дальше в тыл, во внутренний район, допускается только для весьма немногих больных, лечение которых требует еще больше времени или которые вообще не могут быть излечены.

Во внутреннем районе организация лечения венериков такая же, как и в мирное время.

Таков путь венериков с открытыми, заразительными проявлениями заболеваний.

Венерика со скрытой, незаразительной формой болезни эвакуировать из части не следует и лечение проводится амбулаторным порядком на месте. Использование осарсола и обращение к помощи венеролога АГЛР для организации амбулаторного применения новарсенола устранят всякое затруднение.

Венеролог АГЛР не должен суживать свою работу до масштаба своего отделения. В его обязанности как помощника армейского терапевта входит консультация врачам частей или санитарному управлению армии.

Вопрос о месте лечения кожного больного надо решать, учитывая три основные условия, указанные для венерических больных.

Заразные дерматозы, контагиозность которых нельзя быстро устранить, подлежат лечению в АГЛР.

Больные заразными неосложненными дерматозами, как чесотка, эпидермофития, ограниченной сухой экземой, одиночными фурункулами на безопасных участках, ограниченной поверхностной пио-

дермией должны быть безусловно излечены в части без направления в тыл.

Дальнейшее движение кожного больного в системе эвакуации идет совершенно так же, как и венерика.

Лечение кожных и венерических больных должно производиться, конечно, по общепринятым принципам современной дерматовенерологии.

Затруднения чаще всего возникают на почве недостатка врачей-венерологов достаточной квалификации. Это, естественно, приводит к несвоевременному, неправильному распознаванию, а следовательно, и к ошибкам терапевтического характера, к задержке в частях больных, подлежащих направлению в тыл, и, наоборот, к эвакуации в тыловые учреждения больных, могущих лечиться при своей части.

Тщательно продуманная система эвакуации, строгое проведение принципа отбора больных и контроля правильности эвакуации на линии ГБА избавят от массовых напрасных перевозок людей в тыл, а затем опять на фронт. Отсутствие отчетливой установки для решения лечебно-эвакуационных вопросов приводило в период войны 1914—1918 гг. к тому, что до 50% людей, отправленных в глубокий тыл в качестве кожно-венерических больных, оказывались здоровыми или не нуждавшимися в лечении.

Майор медицинской службы А. А. ЭГТИНГЕР

ФИЗИОТЕРАПИЯ В ВОЕННО-САНИТАРНЫХ ПОЕЗДАХ ПРИ ДЛИТЕЛЬНЫХ РЕЙСАХ

Физические методы являются неотъемлемым звеном в общем комплексе лечебных мероприятий, применяемых при лечении боевых травм. Физиотерапевтические мероприятия активируют процессы регенерации, уменьшают боли, улучшают процесс образования грануляций, ускоряют эпителизацию. Чем раньше применяется физиотерапия, тем больше можно ждать эффективности при лечении различных травматических повреждений. Для получения большой эффективности применение физических методов лечения должно проводиться на всех этапах лечения ран в общем комплексе с прочими лечебными мероприятиями (хирургическими, лечебной физкультурой, лечебным питанием). Раннее и правильное использование физиотерапии при лечении боевых травм способствует ускорению восстановления боеспособности и трудоспособности.

О необходимости раннего применения физиотерапии говорят экспериментальные работы различных авторов (проф. Рахманов и др.). Усиленно подчеркивается это в «Инструкции по методам хирургического лечения в тыловых госпиталях» под редакцией начальника Главного военно-санитарного управления генерал-полковника Е. И. Смирнова и главного хирурга Красной Армии акад.

генерал-лейтенанта Н. Н. Бурденко: «Лечение ран физическими методами для большей эффективности следует начинать возможно раньше» (стр. 27). «Эффективность физических методов при лечении переломов тем выше, чем раньше их начинают применять» (стр. 41).

В ряде госпиталей на первых этапах лечения боевых травм широко применяются физиотерапевтические методы.

В целях преемственности лечения для военно-санитарных поездов является обязательным продолжать начатое в госпиталях физиотерапевтическое лечение. Следует отметить, что учет применяемых в госпиталях физиотерапевтических агентов поставлен недостаточно четко: нередко в истории болезни не находишь записей о проведенном физиотерапевтическом вмешательстве, хотя больной или раненый о нем рассказывает. Тот же упрек распространяется и на военно-санитарные поезда, где документация всех лечебных мероприятий, в том числе и физиотерапии, должна проводиться в историях болезни с наибольшей четкостью и полнотой.

Применение физиотерапии в военно-санитарных поездах приписки РЭП-33 началось со II квартала 1942 г. Приспособление электромедицинской аппаратуры в поездах было затруднено вследствие несоответствия аппаратуры напряжению и электросети военно-санитарных поездов. Эти препятствия были преодолены путем некоторой реконструкции ламп соллюкс, Минина и лампы для инфракрасных лучей. После проведенных в Государственном институте физиотерапии испытаний перечисленные выше лампы были пущены Управлением распределительного эвакопункта № 33 для оснащения военно-санитарных поездов.

В настоящее время 75% поездов приписки распределительного эвакопункта № 33 оснащены лампой Минина, 41% — лампой для инфракрасных лучей и 29% — лампой соллюкс.

В 4 поездах имеются ртутно-кварцевые лампы, приспособление которых в электросети военно-санитарных поездов потребовало частичного переоборудования электросилового хозяйства военно-санитарного поезда.

Для дальнейшего оснащения военно-санитарных поездов электромедицинской аппаратурой нужна помощь органов медицинского снабжения Главного военно-санитарного управления Красной Армии.

В 1942 г. внедрение физиотерапевтической аппаратуры в военно-санитарных поездах шло постепенно, а использование ее проводилось далеко не на полную мощность в силу недостаточного знакомства медицинского коллектива поездов как с аппаратурой, так и с показаниями и противопоказаниями по применению физических методов при лечении боевых травм.

В первой половине 1943 г. за период январь—июнь было отпущено процедур по месяцам: в январе в 15 поездах — 760 процедур; в феврале в 14 поездах — 300 процедур; в марте в 17 поездах — 1 134 процедуры; в апреле в 17 поездах — 1 020 процедур; в мае в 26 поездах — 1 659 процедур; в июне в 20 поездах — свыше 2 000 процедур. Приведенные цифры подтверждают вышеука-

занное о неполном использовании физических методов лечения в военно-санитарных поездах. Из многочисленных средств физиотерапевтического воздействия в военно-санитарных поездах должны быть использованы следующие методы: ультрафиолетовое облучение ртутно-кварцевой лампой, облучение лампой соллюкс, рефлектором Минина, лампой инфракрасных лучей, облучение в местной световой ванне, парафинотерапия, а также гальванизация и ионогальванизация. Целесообразно использование портативных аппаратов, обладающих малым весом, потребляющих небольшое количество электрической энергии.

В военно-санитарном поезде № 92 применение физиотерапевтических методов лечения началось с января 1943 г. В поезде имеется 3 лампы Минина, 1 лампа соллюкс, 1 лампа для инфракрасных лучей, 1 местная световая ванна. В кригеровских вагонах оборудовано по одной штепсельной розетке; для отпуска процедур непосредственно у постели больного приспособлен шнур длиной в 5—6 м. В каждом вагоне для легко раненых оборудовано по 7 штепсельных розеток, что дает возможность отпускать процедуры в каждом купе. Процедуры для ходячих больных отпускаются в вагоне-перевязочной (в ординаторской).

Отпуск физиотерапевтических процедур производится в любое время дня. При длительных и частых стоянках поезда (свыше $1^1/_2$ часов) приходилось пользоваться двигателем вагона-электростанции. Все физиотерапевтические процедуры в нашем поезде назначаются одним из врачей. Младшие сестры, прикрепленные к вагонам, обучены технике обращения с физиотерапевтической аппаратурой. После каждой процедуры врач проверяет реакцию больного на отпущенную процедуру. Дозировка при применении ламп соллюкс, Минина, инфракрасных лучей и местных световых ванн регулируется ощущением больного и временем действия (15—20 минут); процедуры проводятся ежедневно. Расстояние от лампы 50—75—100 см. Светолечение применяется в нашем поезде при наличии следующих показаний:

1. При инфицированных ранах мягких тканей, наряду с хирургическими мероприятиями (вскрытие затеков, карманов), проводится ежедневно облучение лампой соллюкс в течение 15 минут.

2. При наличии плотных медленно рассасывающихся инфильтратов мягких тканей в окружности раны применяются лампы соллюкс и инфракрасных лучей ежедневно по 15—20 минут.

3. При значительных отеках в области перелома костей конечностей назначается, при условии приподнятого положения конечности, местная световая ванна до 30 минут. Дополнительно ежедневно проводится двукратно облучение области отека лампой соллюкс в течение 15—20 минут.

4. При травмах периферических нервов с наличием выраженного болевого синдрома применяется лампа соллюкс на область выхода корешков пораженного нерва (15—20 минут).

5. В случаях сдавления нерва отеком, кровоизлиянием применяются тепловые рассасывающие методы (лампа соллюкс 10—20 минут ежедневно).

6. При отморожениях I степени применяется прогревание лампой соллюкс и местные световые ванны.

При термических ожогах для высушивания обожженной поверхности при наличии обильного отделяемого проводится облучение 2 раза в день лампой соллюкс по 15 минут.

Учет отпускаемых физиотерапевтических процедур проводится в специальном журнале, где отмечаются показания для применения процедуры, дозировка, количество отпускаемых процедур и результаты лечения по субъективным и объективным данным. Чтобы судить об эффективности светолечения боевых травм, приведу несколько примеров.

В одном из рейсов в мае 1943 г. 12 раненым с ампутацией нижней конечности было назначено облучение лампой соллюкс по поводу каузалгии; кроме того, в культях отмечалось гнойное отделяемое с запахом. После 2—3 сеансов ежедневно по 8—10 минут боли стихли, а по истечении 7 дней (к концу рейса) боли у всех больных прекратились. Культи очистились, запах исчез.

Аналогичные улучшения были отмечены в марте 1943 г. в 8 случаях применения лампы соллюкс у раненых с ампутацией нижней конечности.

Отсутствие в поезде ртутно-кварцевой лампы поставило перед нами вопрос о приспособлении электросилового хозяйства для получения необходимого напряжения в 110 V. В поезде имеется вагон-электростанция и вагон с подвесной электростанцией. Соединение последовательно двух аккумуляторных батарей по 26 элементов в каждой дало бы 104 V, но существующая в военно-санитарном поезде однопроводная система с заземлением отрицательного полюса не может быть использована по условиям технической безопасности. Кроме того, постановка вагона электростанции рядом с вагоном с подвесной электростанцией невозможна по условиям схемы формирования санитарного поезда. Поэтому разрешение поставленной задачи пошло по пути использования одного вагона с подвесной электростанцией для получения необходимого напряжения в 110 V. Путем соединения полюсов динамомашины вагона с подвесной электростанцией с полюсами соответствующей аккумуляторной батареи общее напряжение доводится до 120—122 V (динамомашина дает напряжение 70 V и аккумуляторная батарея 50—52 V). Соединение производится через специальный распределительный щит с перекидными рубильниками, позволяющий производить, помимо последовательного соединения обоих агрегатов, переключение батареи на зарядку или эксплоатацию для обычных целей.

Таким образом, наличие хотя бы одного вагона с подвесной электростанцией позволяет приспособить ртутно-кварцевую лампу во всех военно-санитарных поездах.

Начальники и ординаторы военно-санитарных поездов должны уделить должное внимание внедрению физиотерапевтического метода лечения в план лечебных мероприятий, а также более полному использованию имеющейся в военно-санитарных поездах электромедицинской аппаратуры.

Выводы

1. Физиотерапевтическое лечение боевых травм во всех фазах должно стать необходимой составной частью в общем комплексе в плане лечебных мероприятий в военно-санитарных поездах при длительных рейсах.

2. В военно-санитарных поездах, наряду с хирургическим вмешательством, лечебной физкультурой и лечебным питанием, должны быть использованы следующие физиотерапевтические методы: ультрафиолетовое облучение ртутно-кварцевой лампой, облучение лампой соллюкс, облучение рефлектором Минина, лампой инфракрасных лучей, облучение местной световой ванной, парафинотерапия и гальванизация.

3. Приспособление электросилового хозяйства военно-санитарных поездов для установки перечисленной выше аппаратуры требует частичного переоборудования, выполнимого в условиях военно-санитарных поездов без особых трудностей.

4. Учет физиотерапевтических вмешательств должен проводиться с первых этапов лечения и в том числе в военно-санитарных поездах в целях преемственности в лечении физическими методами.

★

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ

Полковник медицинской службы А. С. ГЕОРГИЕВСКИЙ

ОТДЕЛЬНАЯ РОТА МЕДИЦИНСКОГО УСИЛЕНИЯ[1]

Опыт организации санитарного обеспечения боевых действий войск как в прошлых войнах, так и во время настоящей Отечественной войны ясно показал значение умелого санитарного маневра. Основное назначение санитарного маневра — сосредоточение необходимого количества сил и средств на нужном направлении и в нужный момент.

Из этого видно значение резерва в распоряжении старшего санитарного начальника, которым он имеет возможность маневрировать в соответствии с изменением боевой обстановки и загрузкой этапов санитарной эвакуации.

Санитарный маневр может преследовать следующие цели:

1) изменение группировки санитарных учреждений на том или ином направлении путем переброски на главное направление новых учреждений за счет ослабления второстепенных направлений и использование санитарным начальником своего резерва;

2) последовательное перемещение этапов эвакуации вперед, назад или в сторону флангов, в зависимости от изменения линии фронта и группировки обеспечиваемых этими этапами частей (соединений);

3) увеличение количества санитарно-транспортных средств, работающих на данном эвакуационном направлении, за счет перераспределения санитарного транспорта или использования резерва старшего санитарного начальника;

Одним из основных средств маневренного резерва начальника санитарной службы армии (фронта) для выполнения последней из перечисленных задач является отдельная рота медицинского усиления (ОРМУ).

Однако ОРМУ нельзя рассматривать только как средство хирургического усиления в обычном понимании. Если потребность в хирургических средствах усиления была осознана еще во время первой мировой войны 1914—1918 гг., когда во французской армии появились подвижные амбулансы и мощные автохирургические отряды (аутоширы), то организация лечебно-эвакуационного обеспечения того времени не разрешала проблему оказания специализированной хирургической помощи в полевых лечебных учреждениях.

Современная система лечебно-эвакуационного обеспечения Красной Армии, имеющая в качестве одного из руководящих принципов эвакуацию раненых «по назначению», предусматривает оказание специализированной помощи не только в стационарных

[1] В порядке обсуждения.

лечебных учреждениях фронтового тыла, но и в полевых лечебных учреждениях. Это означает, что раненые и больные, нуждающиеся в квалифицированной помощи специалиста (нейрохирурга, стоматолога, окулиста, отоларинголога, терапевта-токсиколога) и в рентгенологическом обследовании, должны получить эти виды специализированной помощи не далее армейских ППГ второй линии.

Однако организация специализированной помощи зависит прежде всего от наличия подготовленных кадров. При огромных масштабах современной войны санитарная служба не располагает таким количеством узких специалистов, чтобы иметь их в каждом или в большинстве полевых лечебных учреждений. Поэтому для более целесообразного использования этих весьма дефицитных кадров специалистов наиболее выгодно иметь в составе специализированных групп усиления также в распоряжении старшего санитарного начальника, который, в зависимости от обстановки и дислокации этапов эвакуации, имеет возможность направлять эти группы на те этапы эвакуации, где найдет необходимым сосредоточить оказание специализированной помощи пораженным в бою. Таким образом, основой для организации специализированной помощи в войсковом и армейском тылу являются в настоящее время группы усиления — ОРМУ.

Вот почему «ОРМУ нельзя рассматривать как обычный маневренный резерв для усиления того или иного этапа эвакуации. ОРМУ является не столько средством усиления, сколько средством организации специальных видов хирургической и терапевтической помощи на эвакуационных направлениях полевой армии».

Организационное оформление армейского маневренного резерва санитарной службы в виде отдельной роты медицинского усиления произошло не сразу. Вначале имелись лишь отдельные организационно необъединенные группы усиления различной специализации.

Впервые эти санитарные формирования были проверены на практике во время советско-финляндской войны 1939/40 г. Опыт их боевого использования полностью подтвердил целесообразность наличия резервных средств усиления в руках начальника санитарной службы армии. Вместе с тем выявился ряд недочетов существующей организационной структуры. Несмотря на то, что отдельные группы усиления оказались весьма мобильными, отсутствие организации, объединяющей их воедино, создавало ряд неудобств как в вопросах управления группами и контроля за их работой, так и в деле их хозяйственного, финансового и бытового обслуживания. Поэтому возникла идея объединения этих групп в составе роты медицинского усиления, что и было осуществлено в 1940/41 г.

Сейчас, основываясь на опыте Великой отечественной войны, можно с уверенностью сказать, что создание ОРМУ полностью себя оправдало. Организационное объединение в составе ОРМУ групп усиления улучшило руководство и управление ими. В то же время создание ОРМУ не повлияло на мобильность и возможность быстро-

го сосредоточения групп усиления в нужном направлении или на одном из этапов эвакуации.

В настоящее время отдельная рота медицинского усиления состоит из управления, хозяйственного отделения и групп усиления: общехирургических, нейрохирургических, челюстно-лицевой хирургии, глазной хирургии, токсико-терапевтических и рентгеновских. Во главе роты стоит командир роты, подчиняющийся непосредственно начальнику санитарной службы армии (фронта); во главе каждой группы — начальник группы, подчиняющийся командиру ОРМУ (рис. 1).

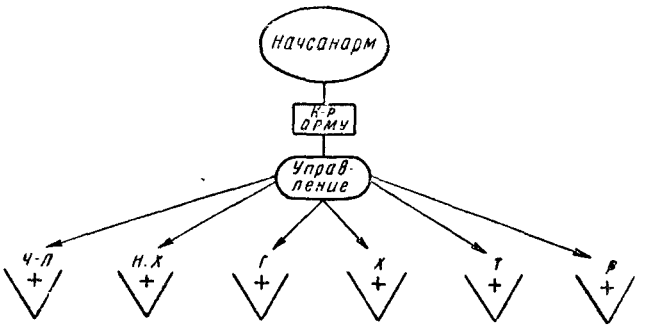


Рис. 1. Схема организационной структуры отдельной роты медицинского усиления

Основным назначением и задачей ОРМУ является:

1. Обеспечение квалифицированной хирургической помощи на любом из этапов эвакуации, начиная с ДМП, где по условиям обстановки и в результате большой загрузки ранеными личный состав данного этапа не успевает справляться с работой. Осуществление этой задачи возлагают главным образом на общехирургические группы усиления.

2. Усиление этапов эвакуации, не имеющих достаточно квалифицированных хирургических кадров, способных справиться с полным объемом хирургической помощи, свойственной данному этапу.

3. Обеспечение специализированной медицинской помощью раненых и пораженных БОВ в войсковом, армейском и ближайшем фронтовом тылу. Эта задача возлагается на специализированные группы ОРМУ, которые должны работать на базе этапов эвакуации, намеченных начсанармом в качестве центров специализированной помощи. Обычно это будет ППГ второй линии.

4. Проведение рентгеновских исследований в армейских лечебных учреждениях. Отсутствие рентгеновских установок в штате ХППГ вызывает необходимость использовать подвижные рентге-

новские группы усиления для периодического обслуживания ХППГ. В практике работы на нашем участке фронта имело место двоякое использование рентгеновских групп усиления. Часть групп прикреплялась для постоянного обслуживания ХППГ, предназначенных для оказания помощи наиболее тяжелым контингентам раненых, где, как правило, также сосредоточивалось оказание специализированной помощи черепно-мозговым, челюстно-лицевым и глазным раненым. Остальные рентгеновские группы закреплялись за группами госпиталей, входивших в состав ГОПЭП, и последовательно обслуживали один госпиталь за другим. При наличии двух специализированных госпиталей каждый из них усиливался одной рентгеновской группой. Второй вариант распределения групп имел место, как правило, в период активных наступательных операций, в то время как первый вариант — в период относительного затишья на фронте.

5. Обеспечение консультативной помощи на этапах эвакуации и работа на повышение качества лечебной работы и квалификации личного состава в госпиталях и медсанбатах. Эта задача неизбежно возлагалась на ОРМУ не только потому, что в состав ОРМУ входили специалисты, отсутствовавшие в лечебных учреждениях на местах, но и вследствие опытности работников ОРМУ и их более высокой квалификации. Следует подчеркнуть необходимость серьезного подхода к подбору кадров ОРМУ с тем, чтобы эта организация являлась своего рода подвижным университетом, проводящим в пунктах своей деятельности непрерывную работу по подготовке кадров врачей, среднего и младшего медицинского состава госпиталей и медсанбатов.

Опыт работы санитарной службы на нашем фронте выявил две основных формы применения и использования ОРМУ: во-первых, мы имели армейские роты медицинского усиления, во-вторых, возникла необходимость создать фронтовую ОРМУ как средство резерва начальника санитарной службы фронта. Практика работы фронтовой ОРМУ на протяжении 6 месяцев войны в различных условиях боевой обстановки на фронте показала правильность этого мероприятия. Фронтовая ОРМУ составляла маневренный резерв начсанфронта и использовалась как для усиления армейской санитарной службы, так и для работы во фронтовых лечебных учреждениях на тех участках фронта, где создавались трудности с медицинским обслуживанием раненых и ощущался недостаток в квалифицированных медицинских кадрах.

В соответствии с этим организация работы армейской и фронтовой ОРМУ носила несколько различный характер.

Группы усиления армейской ОРМУ направлялись для работы в МСБ и ППГ первой и второй линии (рис. 2); общехирургические группы служили главным образом для усиления МСБ и ХППГ первой линии; специализированные группы работали в тех ППГ первой и второй линии, где по плану начсанарма сосредоточивалось оказание специализированной помощи раненым. Как правило, это были ППГ второй линии, но в некоторых случаях, как, например, в период распутицы, — и ППГ первой линии. Кроме того, врачи-

специалисты специализированных групп усиления периодически направлялись для проведения консультаций на остальные этапы эвакуации.

Мы убедились в нецелесообразности разъединения специализированных групп и направления их на несколько этапов эвакуации одновременно. Попытка объяснить это мероприятие стремлением охватить большее число этапов специализированной меди-

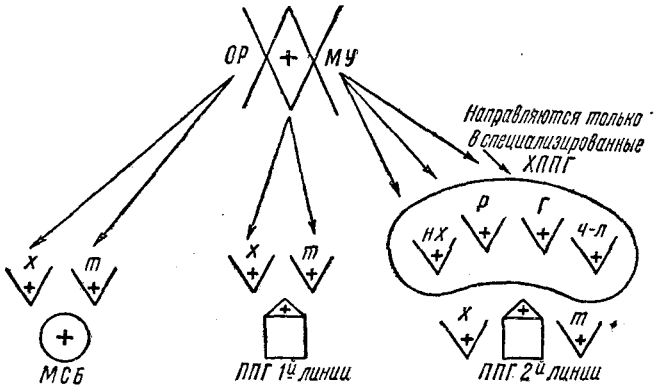


Рис. 2. Схема распределения групп усиления армейской ОРМУ

цинской помощью не заслуживает серьезного внимания, так как при этом происходит распыление сил ОРМУ и отсутствует возможность оказания полноценной помощи при комбинированных ранениях (например, одновременное ранение глаза и челюсти, проникающее ранение черепа с повреждением лицевых костей и т. п.). Учитывая также, что в интересах дальнейшей эвакуации раненых по назначению следует иметь ограниченное число пунктов, в которых можно применять санитарную авиацию, станет очевидной целесообразность совместного использования в одном госпитале по одной челюстно-лицевой, нейрохирургической, глазной и рентгеновской группе усиления. Исходя из этого, начсанарм имеет возможность обеспечить в одном-двух из своих ХППГ оказание специализированной помощи раненым в достаточно полном объеме.

О порядке использования рентгеновских групп ОРМУ мы уже упоминали.

Группы усиления фронтовой ОРМУ направлялись:

1) во временное оперативное подчинение начсанармов для усиления санитарной службы армии;

2) для работы в госпиталях ГБА;

3) для усиления фронтовых лечебных учреждений;

4) для проведения однократных консультаций путем выездов или вылетов на самолетах на различные этапы эвакуации.

Группы усиления фронтовой ОРМУ, как правило, работали в армейских ППГ второй линии, в госпитальных базах армии или

передовых госпитальных центрах фронта (рис. 3). Опыт работы санитарной службы нашего фронта показал выгодность массированного использования групп усиления фронтовой ОРМУ. Рассредоточение групп усиления и одновременная их работа в большем количестве точек в значительной степени затрудняли маневрирование ими и перераспределение групп в соответствии с измене-

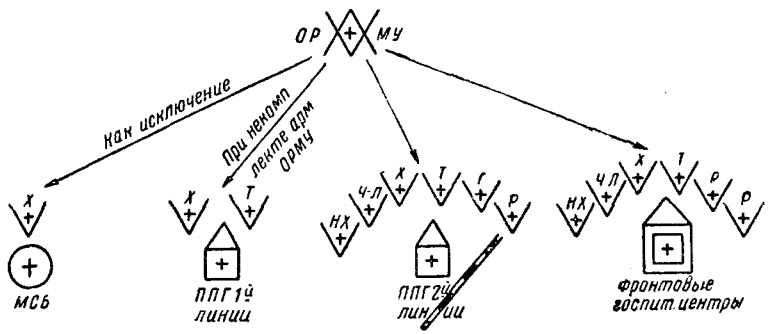


Рис. 3. Схема распределения групп усиления фронтовой ОРМУ

ниями обстановки, а также делали для командования ОРМУ почти невозможным осуществление регулярного контроля за работой своих групп. Наиболее целесообразной является одновременная работа групп усиления фронтовой ОРМУ максимум в трех-четырех пунктах.

В зависимости от своего профиля, группы усиления фронтовой ОРМУ обычно распределялись следующим образом:

1) для усиления армейской санитарной службы направлялись общехирургические группы;

2) специализированные группы работали, как правило, во фронтовых лечебных учреждениях и ГБА, а также направлялись в ХППГ в тех случаях, когда в армиях был некомплект специализированных групп в армейских ОРМУ;

3) рентгеновские группы частично направлялись в те армии, где был некомплект подвижных рентгеновских установок в армейских ОРМУ; большей частью они также работали при фронтовых лечебных учреждениях и ГБА.

Одним из основных принципов работы ОРМУ должна являться высокая подвижность групп усиления и возможность быстрой их переброски с одного этапа на другой в соответствии с проводимым санитарным маневром и изменениями обстановки. В этом смысл существования ОРМУ, к этому направлена и штатно-организационная структура этого санитарного формирования. Функционально самостоятельная группа усиления, работающая на базе развернутого этапа эвакуации, обеспеченная автосанитарным транспортом, а в случае необходимости и самолетом, полностью отвечает возможности осуществления такого маневра.

Все дело в четкости управления и сохранении принципа руководства группами усиления со стороны командования ОРМУ вне зависимости от места их работы и временного оперативного подчинения. Командир ОРМУ должен иметь право отзывать группы усиления и направлять их на другие этапы, если этого требует изменение обстановки и решение начсанарма (начсанфронта). Нужно решительно пресекать попытки санитарных начальников и начальников этапов эвакуации, во временном оперативном подчинении которых находятся группы усиления, задерживать группы из своих местнических интересов и не выполнять распоряжения об их откомандировании.

Командир ОРМУ обязан систематически контролировать работу своих групп на местах, выявляя недочеты в организации работы и добиваясь наиболее полноценного и эффективного использования групп.

Итак, опыт боевой работы отдельных рот медицинского усиления позволяет сделать нам следующие выводы:

1. Организационное оформление армейского маневренного резерва в виде отдельной роты медицинского усиления полностью себя оправдало.

2. ОРМУ дает возможность организации в масштабе армии специализированной помощи раненым и больным.

3. Опыт организации санитарного обеспечения боевых операций на нашем участке фронта выявил необходимость и целесообразность создания фронтовой ОРМУ в качестве основного маневренного резерва начсанфронта.

4. Основными принципами применения ОРМУ должны являться:

а) сосредоточение групп усиления на главных решающих направлениях;

б) использование специализированных групп на этапах эвакуации, которые предназначены служить центром для оказания специализированной помощи раненым и больным;

в) высокая маневренность ОРМУ и быстрое перераспределение групп усиления в соответствии с изменением обстановки;

г) непрерывное руководство и четкое управление группами со стороны командира ОРМУ.

★

Полковник медицинской службы С. М. ТЕР-МХИТАРОВ

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ САНИТАРНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СТРЕЛКОВОЙ РОТЫ В ОБОРОНЕ

Каждый санитарный начальник только тогда может правильно организовать свою работу, правильно разработать план работы подчиненной ему санитарной службы, когда будет ясно и четко представлять себе условия работы ответственного звена санитарной службы — роты—батальона.

Особенности современной организации обороны стрелковой роты следующие:

1. Взводы имеют свои опорные пункты; один из взводных опорных пунктов является главным опорным пунктом роты.

2. Опорные пункты не охватывают полностью районов обороны взводов.

3. Кроме действительных опорных пунктов устраиваются ложные сооружения.

4. Основная живая сила и огневые средства сосредоточены в опорных пунктах, часть же живой силы (группы автоматчиков, стрелков) расположена в окопах вне опорных пунктов, причем нередко эти группы отделены от опорных пунктов инженерными препятствиями, как-то: минными полями, проволочными заграждениями и пр.

5. Современная оборона должна быть круговой; поэтому боевой порядок роты обеспечивает оборону своего района и с фронта, и с флангов, и с тыла, что требует устройства инженерных препятствий не только с фронта, но частично и на флангах, и с тыла, и даже внутри района обороны.

Рассмотрим, какие вопросы возникают у командира санитарного отделения в связи с таким построением обороны.

1. Распределение санитаров по взводам.
2. Условия работы санитаров во взводах.
3. Укрытие тяжело раненых во взводных районах.
4. Вынос тяжело раненых из ротного района.

Возможность одновременного ведения боя всем составом роты требует от санитарного инструктора обеспечения санитарами всех трех стрелковых взводов роты. Этого же требует и круговая оборона, при которых боевые действия могут развиться с фронта, на флангах и с тыла. Кроме того, командир санитарного отделения роты, получив от командира роты указание, на какой опорный пункт ожидается основной удар противника, соответственно усиливает этот взвод санитарами. Даже при наличии в санитарном отделении роты полного числа санитаров перед командиром санитарного отделения роты часто возникает необходимость иметь дополнительных, «вспомогательных» санитаров. Этих вспомогательных санитаров из бойцов командир санитарного отделения может и должен заблаговременно получить у командира роты. Это даст ему возможность отобрать в качестве вспомогательных санитаров только тех бойцов, которых он знает, как хорошо усвоивших приемы оказания первой помощи.

Вторым весьма важным вопросом является работа санитара, назначенного в стрелковый взвод. Вполне понятно, что не только грамотно, но и своевременно оказанная санитаром первая помощь раненому имеет огромное значение в сохранении жизни раненого. В современной организации оборонительного боя, где группы стрелков расположены на некотором расстоянии одна от другой, где эти группы частично могут быть впереди проволочных заграждений и минных полей, особое значение приобретает четкое знание санитаром не только организации обороны своего взвода, организа-

ции опорного пункта, но и знание, где эти инженерные заграждения имеют проходы, как выглядят эти проходы днем и ночью, как их распознать при стоячем и лежачем положении. Санитар должен знать, как скрытно подойти к каждой группе бойцов. Только такое подробное изучение местности и оборонительных сооружений района обороны своего взвода обеспечит успешную работу санитара по оказанию первой помощи раненым.

Детальное изучение района обороны стрелкового взвода потребует от санитара немало времени. Отсюда необходимо сделать вывод, что целесообразнее всего закреплять санитара за стрелковым взводом, а не оттягивать санитаров из взводов после боя с тем, чтобы с началом боя вновь распределять их по взводам, как считают нужным делать многие санитарные начальники. Однако, закрепление санитаров за взводами вовсе не должно лишать командира санитарного отделения права перегруппировать санитаров по взводам в необходимых случаях.

Совершенно по-новому стоит вопрос об укрытиях для раненых. Наличие специально отрытых убежищ и запасных огневых позиций дает возможность использовать их для укрытия раненых. Санитар, следовательно, должен хорошо изучить расположение таких точек.

Последним весьма важным вопросом является вынос тяжело раненых из ротного района обороны. Нередко во время обороны создается такое положение, что огонь противника не дает возможности выносить тяжело раненых. Возникает вопрос, что же делать в этих случаях с тяжело ранеными, где их содержать? Оставлять таких раненых до наступления темноты во взводных укрытиях, взводных «гнездах раненых», недопустимо, ибо это привело бы к смертельным исходам, в тех случаях, когда при других условиях жизнь раненого можно было бы сохранить. Нужно считать, что невозможность немедленного выноса тяжело раненого с поля боя должна заставить и, как показывает опыт Отечественной войны, заставляет командира санитарного отделения роты подтягивать к себе, группировать возле себя тяжело раненых. Этим обеспечивается общее наблюдение за тяжело ранеными, оказание им в случае необходимости более квалифицированной помощи, постоянное дежурство возле них санитара. Они не будут «беспризорными» до выноса их с поля боя. Возникает вопрос, где же санитарный инструктор будет их группировать? Сам командир санитарного отделения во время оборонительного боя располагается вблизи командного поста командира роты на ротном опорном пункте. К этому же КП командира роты идут из взводных опорных пунктов ходы сообщения; здесь же обычно устраиваются убежища для личного состава роты. Приспособление одного или нескольких убежищ под тяжело раненых легко разрешает поставленный вопрос. Такие убежища, где скопляются тяжело раненые до выноса их из ротного района, являются не чем иным, как ротным медицинским постом или пунктом — РМП.

В тех случаях, когда боевая обстановка и местность позволяют своевременно выносить тяжело раненых, необходимость в РМП отпадает. Нередко из одного, а может быть, из двух взводных районов все же возможен своевременный вынос тяжело раненых на пост санитарного транспорта и на РМП будут задерживаться только те тяжело раненые, вынос которых окажется невозможным. Однако командир санитарного отделения должен твердо помнить, что он обязан в любых условиях изыскать способ быстро отправлять в тыл тех тяжело раненых, которые нуждаются в немедленной эвакуации по жизненным показаниям.

Командир санитарного отделения роты обязан организовать вынос тяжело раненых из взводных санитарных убежищ «гнезд раненых» на РМП, для чего придется с разрешения командира роты использовать бойцов. Вынос тяжело раненых из взводных районов на РМП производится по ходам сообщений, связывающим взводные опорные пункты с главным опорным пунктом роты. Кроме того, рота должна также содействовать ускорению выноса тяжело раненых из ротного района на ПСТ или на БМП.

Исходя из изложенного, решение командира санитарного отделения роты перед оборонительным боем должно охватить следующие вопросы:

а) Усиление в необходимых случаях назначенных во взводы санитаров за счет «вспомогательных» санитаров.

б) Установление возможности выноса тяжело раненых из ротного района на основе изучения местности района обороны роты и ее опорных пунктов.

в) Выбор места для организации РМП, если в этом есть необходимость.

г) Выбор пути выноса тяжело раненых из взводных районов на РМП, и на ПСТ.

д) Обеспечение выноса тяжело раненых из взводных районов на РМП силами своей роты, а также помощь санитарам-носильщикам по выносу тяжело раненых на ПСТ или БМП.

е) Установление связи с санитарами взводов.

ж) Сигналы вызова командира санитарного отделения во взводы.

Высказанные здесь положения нельзя считать обязательными для всех случаев. В действительности могут встретиться условия, которые потребуют иных вариантов решения.

Выводы

1. Современный бой, особенно оборона, требует закрепления санитаров по взводам; нежелательно возвращение их после каждого боя в санитарное отделение и затем новое распределение перед боем по взводам.

2. Огонь противника не всегда дает возможность выноса тяжело раненых из ротного района в тыл. Это вызывает необходи-

мость организации в районе обороны роты ротного медицинского поста (пункта).

3. РМП обеспечивает постоянное наблюдение санитарного инструктора за тяжело ранеными, оказание им доврачебной помощи, если раненый в этом нуждается, поддержание политико-морального состояния.

4. Санитарный инструктор роты должен быть снабжен дополнительными противошоковыми средствами, как-то: сердечные, болеутоляющие в таблетированном или жидком виде для принятия внутрь.

5. Санитарный инструктор должен широко использовать имеющиеся возможности по транспортировке раненых как внутри обороны роты, так и в тыл.

6. Санитарный инструктор роты должен отлично уметь пользоваться кровоостанавливающим жгутом и предупреждать отрицательные последствия его применения.

Роль и задачи командира санитарного отделения роты значительно усложнились и стали более ответственными. Следовательно, медицинская подготовка их должна быть усилена.

Капитан медицинской службы И. Б. ОТАРАЕВ

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРИВЕННЫМИ ВЛИВАНИЯМИ РИВАНОЛОВОГО СПИРТА

Большой процент дней трудопотерь падает на больных острым гемоколитом и дизентерией. Поэтому профилактика желудочно-кишечных заболеваний и эффективное лечение больных этого рода имеют чрезвычайно большое значение.

Поставив перед собой задачу изыскать эффективные методы лечения острых желудочно-кишечных заболеваний — гемоколитов, острых энтероколитов, бациллярной дизентерии, — я применил в апреле 1942 г. в 2 случаях гемоколита внутривенные вливания 32° очищенного винного спирта 2 раза в день по 200 см³.

Боли в животе быстро прекратились, появилось хорошее самочувствие, которое вскоре сменилось равномерным длительным сном. На второй день у обоих больных стул был без крови, оформился, а на третий день больные были выписаны в хорошем состоянии. Дальнейшие наблюдения показали, что внутривенные вливания спирта дают хорошие результаты лишь в легких случаях гемоколита, а потому я решил к 32° спирту добавлять риванол из расчета 1 см³ на 1 кг разведенного спирта, исходя из того, что риванол обладает высоким бактерицидным действием и не раздражает тканей. Смесь спирта с риванолом я называю риваноловым спиртом . В мае и июне 1942 г. я применил риваноловый спирт на большом числе больных. Из 179 больных острым колитом и гемоколитом 85 человек получали внутривенные вливания риванолового спирта, 28 человек были направлены в ППГ и эвакогоспиталь, остальных 66 больных я лечил обычными способами.

1. Больные, находившиеся в стационаре войсковой части и лечившиеся общепринятыми приемами терапии и бактериофагом [66 человек, пробыли в постели 20—25 дней (гемоколит) и 10—15 дней (острый колит)].

2. Больные, находившиеся на излечении в эвакогоспитале и ППГ, были возвращены в часть по истечении 18—20 дней, а в отдельных случаях через 30 дней.

3. Лечившиеся внутривенными вливаниями риванолового спирта, выздоравливали в среднем через 4—10 дней (пребывание в постели от 4 до 10 дней) и только в 3 случаях лечение затянулось до 20—22 дней. Из 85 человек, лечившихся по моему способу, 52 болели кровавым поносом (гемоколит), в большинстве случаев сопровождавшимся высокой температурой, частыми тенезмами, му-

чительными позывами на низ и сильными болями в нижнем отрезке кишечника; стул был со слизью и кровью.

Таким образом, при внутривенном введении риванолового спирта выздоровление больных дизентерией и острым колитом наступает быстрее в 2—3 раза.

Больные при лечении риваноловым спиртом теряют в весе обычно немного, о чем будет сказано подробнее ниже.

За все время лечения больных дизентерийной группы только в 3 случаях мы не получили сколько-нибудь удовлетворительного результата в смысле сокращения содержания больного в постели. В этих случаях лечение затянулось до 20—22 дней. Однако и здесь явления интоксикации в течение первых 4—5 дней снизились до минимума, осложнений не было. В результате нескольких внутривенных вливаний риванолового спирта нам удалось устранить у этих больных наиболее тягостные симптомы.

Наиболее постоянным и характерным явлением дизентерии следует считать спазм нижней части подвздошной кишки и толстых кишок, что дает основание трактовать дизентерию как спастический запор, чему соответствует и отсутствие калового стула, несмотря на частые мучительные позывы на низ. Длящимся спастическим состоянием прямой кишки объясняют мучительные, тянущие боли в области ее, носящие название тенезмов.

Эти мучительные тянущие боли в прямой кишке устраняются под влиянием риванолового спирта, что объясняется действием спирта на соответствующие отделы центральной нервной системы и местным обезболивающим действием риванола.

Риваноловый спирт оказывает благотворное влияние на нервную систему, которая подвергается вторичному поражению токсинами, попавшими в общий круг кровообращения из катарральной или некротической слизистой оболочки толстой кишки (А. Д. Сперанский полагает, что патологоанатомические изменения в прямой кишке возникают при дизентерии вследствие токсического поражения соответствующих нервных центров). Спиртовый раствор риванола, проникая в клетки центральной нервной системы, повидимому, ослабляет силу токсического воздействия на нервную систему, а спирт, благодаря наркотическому действию, снимает спастическое влияние на мускулатуру кишечника, вследствие чего прекращаются боли, акт дефекации становится безболезненным, а выделение испражнений — беспрепятственным. Это очень важно в том отношении, что вместе с испражнениями выделяются патогенные микроорганизмы и их токсины, а устранение частых (безуспешных) позывов уменьшает выделение крови через прямую кишку.

Итак, риваноловый спирт успокаивает как центральную, так и автономную нервную систему, результатом чего является быстро наступающее устранение болей внизу живота и спазма мускулатуры толстых кишок, появление калового стула, значительное сокращение позывов на низ, улучшение самочувствия и, наконец, наступление сна. Так как дизентерийный больной целыми сутками не спит из-за мучительных тенезмов, то наступление сна имеет благотворное влияние на больного: больной отдыхает.

Малые дозы риванолового спирта вредного влияния на сердечно-сосудистую систему не оказывают.

Под влиянием риванолового спирта происходит сужение брюшных сосудов и расширение периферических кожных и мышечных сосудов, что ведет к регулированию гемодинамики.

Такое «перераспределение» крови в кровеносной системе имеет терапевтическое значение для дизентерии, особенно в стадии катарального воспаления слизистой оболочки толстой кишки (отвлекающее действие).

Как питательное вещество алкоголь приобретает важное значение при лечении дизентерии, где воспаленный кишечник требует полного покоя; диэта, какая бы она ни была, всегда раздражает кишечник первые дни болезни, чем обостряется патологический процесс в кишечнике, а длительное голодание (3—4 дня) ведет к преждевременному исхуданию и ослаблению иммунобиологических свойств организма.

Вот почему дизентерийные больные при лечении их риваноловым спиртом теряют очень мало в весе за время пребывания в постели. Алкоголь, введенный внутрь, не требует никакой пищеварительной работы, благодаря чему кишечник находится в состоянии покоя. Больной может обойтись в течение 3—4 дней без пищи без особого ущерба для организма, если вводить ему ежедневно по 200,0 2 раза в день 32° риванолового спирта, что дает около 100 кал. Кроме того, алкоголь понижает обмен веществ и тем самым снижает степень распада белков.

Как вещество, легко сгораемое в организме, алкоголь в малых дозах, подобно глюкозе, тонизирует ослабленное сердце, повышая его функцию и работоспособность.

Алкоголь ускоряет всасывание лекарственных веществ, растворенных в нем. Этим и объясняется равномерное глубокое пропитывание тканей риванолом, введенным внутривенно в виде 0,1% спиртового раствора.

Риванол почками не выделяется, а вылавливается печенью и выделяется с желчью через желчный проток в кишечник, производя поверхностное обеззараживание и противовоспалительное действие, тем самым создает неблагоприятные условия для развития микрофлоры. Этим и объясняется, очевидно, благоприятный исход болезни без осложнений и смертельного исхода. Поэтому в целях предупреждения осложнений дизентерии мы считаем целесообразной необходимостью повторные внутривенные вливания риванолового спирта в том случае, когда дву- и троекратные вливания спирта не купировали процесса и болезнь принимала затяжной характер.

Вливание спирта нужно проводить медленно во избежание образования эмболий и уплотнения стенок венозного сосуда у места инъекции.

При вливании спирта мы пользуемся набором для переливания крови, принятым на снабжении Красной Армии (четырехгранная склянка емкостью 500 см³).

Всякий раз перед введением спирта нужно очистить кишечник (касторовое масло 20—30 см³ или очистительная клизма).

В подавляющем большинстве случаев двукратное введение риванолового спирта купирует процесс при кровавом поносе.

Отрицательным моментом внутривенного введения риванолового спирта является то, что у некоторых лиц, у места инъекции наблюдается в течение нескольких дней анестезия или гипестезия. Изредка наблюдается уплотнение по ходу вены, которое затем рассасывается. Если спирт попадает под кожу, то появляется небольшая инфильтрация и гипестезия, которые через несколько дней бесследно исчезают.

Выводы

1. Риваноловый спирт является эффективным средством при лечении острых желудочно-кишечных заболеваний.

2. Чем раньше начато лечение, тем лучше результаты.

3. При лечении риваноловым спиртом осложнения, встречающиеся при тяжелой дизентерии, не наблюдаются.

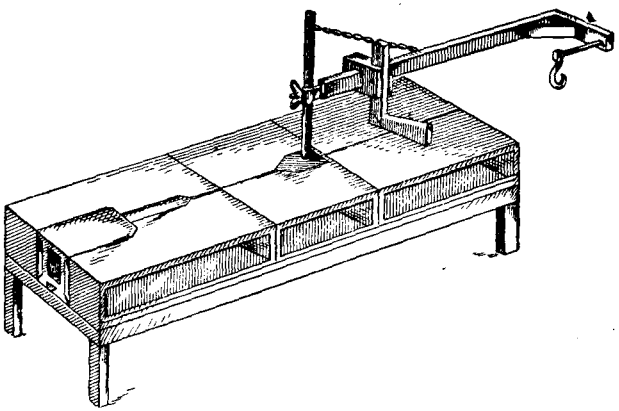
4. Риваноловый спирт предупреждает у больных кахексию, поэтому переболевшие дизентерией рано возвращаются в строй.

5. Лечение больных риваноловым спиртом сокращает постельное содержание больных в 2—3 раза.

6. Риваноловый спирт, возможно, имеет влияние на бациллоносительство, так как риванол медленно выделяется в кишечник через желчные ходы, производя длительное обеззараживание кишечника.

★

АППАРАТ ДЛЯ ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕПОЗИЦИИ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ БЕДРА И ГОЛЕНИ



Аппарат изготовляется из дерева или металлических трубок.

Деревянная модель (см. рисунок) состоит из двух прямоугольного сечения 6 см × 3 см брусков, соединенных под прямым углом. Длина продольного бруска 100—110 см, поперечного — 30 см. На продольный брусок надевается подвижная прочная фанерная муфта длиной 10 см с проемом, в котором металлическим штифтом закрепляется коленодержатель в виде угольника с горизонтальной деревянной пластинкой длиной 30 см и вертикальной пластинкой длиной 20 см. Коленодержатель может закрепляться в муфте на разных горизонтальных уровнях, в пределах длины вертикальной пластинки. На свободном конце поперечного бруска имеется металлический болт с крючком, приводимый в движение гайкой. Свободный конец продольного бруска при помощи вилообразной железной муфты соединен с вертикальной металлической трубкой, вставляемой в отверстие тазодержателя. Аппарат удерживается в горизонтальном положении при помощи цепи, прикрепленной к верхнему концу трубки и застегивающейся за крючок, расположенный в середине продольного бруска. В вертикальной плоскости аппарат может вращаться в пределах 180°, в горизонтальной — в пределах 360°.

При пользовании аппаратом врач нуждается в одном помощнике.

Майор медицинской службы ***А. Д. Перминов***

★

УСТРОЙСТВО СУШИЛЬНОГО ШКАФА ИЗ КОНСЕРВНОЙ БАНКИ

Лаборатории санитарных взводов МСБ проводят исследования продуктов, воды, полуды, определяют калорийность рационов и т. д. Для проведения большинства санитарно-гигиенических исследований необходимо иметь сушильные шкафы. Последние могут быть легко изготовлены из обычных консервных банок.

Дно и стенки консервной банки диаметром 10 см и высотой 12,5 см обкладывают листовым асбестом и насыпают на дно слой песка высотой 0,5 см. В эту банку вставляют вверх дном вторую банку меньшего диаметра.

В дне внутренней банки пробивают 8—10 отверстий. Наружную банку закрывают крышкой с двумя отверстиями — одно для термометра, другое для выхода паров.

Нагревание такого сушильного шкафа можно проводить на чугунной печке, примусе или спиртовке. Регулировка температуры достигается регулировкой величины пламени нагревающего прибора. Отверстие для выхода пара закрывается пробкой.

В течение длительного периода мы проверяли качество работы и возможность использования такого шкафа для указанных целей. Практика вполне оправдала наше предложение и выявила ряд преимуществ шкафа, которые заключаются в следующем: шкаф портативен и удобен при перевозках, не требует особых условий хранения и работы, приготовляется из утильных материалов.

Капитан медицинской службы ***Н. Н. Никстин***

О НОВОМ МЕТОДЕ РАСТВОРЕНИЯ КАМФОРЫ

В условиях войны применение подкожного введения камфоры чрезвычайно расширилось в связи с увеличением целого ряда заболеваний, сопровождающихся ослаблением сердечной деятельности. Поэтому огромное значение приобретает замена камфорного масла для подкожных инъекций другими препаратами камфоры.

Чаще всего камфора применяется при пневмонических процессах, когда нередко вводят подкожно до 20 см³ в сутки 20% раствора через 1—2 часа. Это объясняется тем, что многие считают, что камфора действует не только на сердце, но, выделяясь через легкие, оказывает угнетающее действие и на возбудителя пневмонии.

Учитывая, что камфора часто применяется и при инфекционных заболеваниях, когда острые приступы сердечной слабости ведут к коллапсам, мы считали необходимым растворить камфору в воде при таких ингредиентах, которые бы не только способствовали растворению камфоры, но и сами, будучи введены, могли бы оказать то или иное положительное действие на течение процесса.

Начальник аптеки N-ского эвакогоспиталя техник-интендант I ранга Эстерман предложил и приготовил следующий препарат камфоры для подкожного введения: камфоры 1 часть, терпингидрата 1 часть, спирта ректифицированного 3 части, глюкозы 1 часть, дестиллированной воды 4 части.

Способ приготовления. Камфору растворяют в спирте; к раствору прибавляют терпингидрат. Смесь взбалтывают и нагревают до полного растворения. Полученный раствор выливают в заранее приготовленный раствор глюкозы в воде. Смесь подогревают до полного растворения ингредиентов, фильтруют и стерилизуют.

Указанный раствор камфоры обладает следующими физическими свойствами. Он представляет собой жидкость, которая кипит при 100°, а при +18° застывает. Встряхивание ускоряет процесс кристаллизации.

Непосредственно перед применением смесь необходимо подогреть на спиртовке в течение 1—2 минут до полного растворения или погрузить в кипяток на несколько минут и тут же немедленно впрыскивать.

Указанный препарат камфоры был испытан на больных с тяжелым процессом пневмонии, с сыпным тифом и дизентерией, у которых отмечалось резкое ослабление сердечной деятельности. Действие препарата было испытано также непосредственно на врачебном коллективе госпиталя. Клиническое наблюдение проводилось врачами госпиталя под руководством начальника госпиталя подполковника медицинской службы Шапиро.

У части больных после инъекции в течение 10—20 секунд отмечалась болезненность, связанная, вероятнее всего, с наличием в смеси спирта. Почти у всех больных после инъекции препарата камфоры отмечалось улучшение

пульса, некоторое повышение кровяного давления и улучшение общего состояния в течение 1—2 часов после инъекции. Ни у одного больного никаких побочных явлений при этом не было. В местах инъекции инфильтратов ни в одном случае не оказалось.

Хотя мы еще не можем установить механизм действия предложенного нами препарата камфоры, но уже состав данного препарата (алкоголь, терпингидрат и глюкоза) дает нам право говорить о благоприятном его действии.

Наблюдения Егорова над лечением пневмоний алкоголем и подтверждение Мнацекановым прекрасных результатов алкогольной терапии при пневмониях говорят в пользу нашего предложения. Входящий в эту смесь терпингидрат известен как дезинфицирующее, что особенно полезно при пневмонических процессах и гангрене легких. Терпингидрат в медицине всегда применялся per os, что, вероятнее всего, объясняется почти его полной нерастворимостью в воде.

Его присутствие в полученном нами препарате с нашей точки зрения является выгодным не только как способствующего растворению камфоры, но и с точки зрения его благоприятного влияния на указанные процессы.

Относительно действия глюкозы как препарата, улучшающего работу сердечной мышцы, печени и т. д., говорить не приходится. Полученный нами препарат камфоры для подкожных инъекций может полностью заменить камфорное масло.

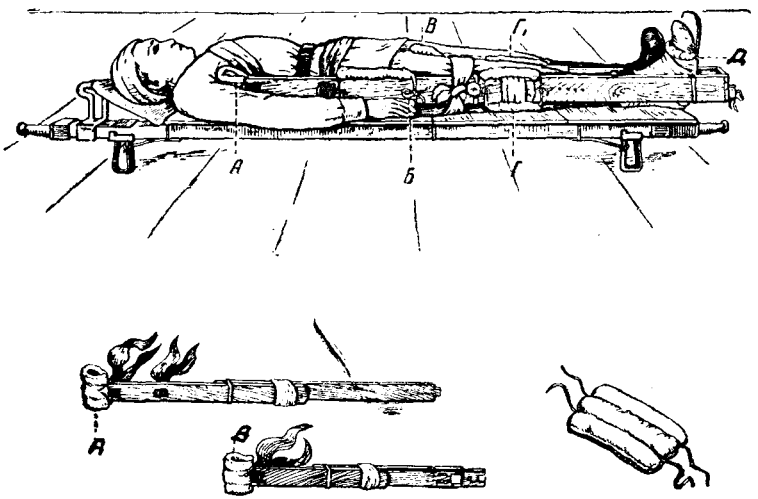
Из N-ского инфекционного госпиталя
подполковник медицинской службы *А. М. Шапиро*

ВАТНО-МАРЛЕВЫЕ ПОДУШЕЧКИ К ШИНЕ ДИТЕРИХСА

(В порядке рационализаторского предложения)

Из кафедры военно-полевой хирургии (нач. — генерал-майор медицинской службы проф. Ф. Ф. Березкин) Военно-медицинской академии Красной Армии им. С. М. Кирова

При наложении шины Дитерихса необходимо в местах костных выступов сделать прокладки из ваты, чтобы смягчить давление шины и предотвратить



образование пролежней. То же следует сделать и с «костылями», которыми шина упирается в подмышечную ямку и в промежность. Осуществляется это различно.

Для унификации техники наложения транспортных шин я предлагаю ввести в состав комплекта Б-2 ватно-марлевые подушки размера 18 × 24 см (вес ваты 70—80 г). Простая вата помещается между двумя слоями марли; чтобы вата не сбивалась в комки, подушечки следует прошивать во всю толщину по длине, отступя от краев на 3—4 см. На концах этих швов пришивают узкие тесемки длиной 15—20 см. С помощью этих тесемок подушечки укрепляют в надлежащих местах к шине или к конечности раненого (рис. А, Б, В, Г, Д).

При фиксации подушечек на «костылях» шины тесемки следует проводить в прорези шины изнутри кнаружи, завязывая узлы на наружной поверхности шины. Подушечки могут быть использованы также для подкладки под бинт, фиксирующий «подошву» шины Дитерихса, или под манжетку шины Томаса, если они накладываются на конечность без обуви.

Я предлагаю сделать неотъемлемой составной частью комплекта Б-2 20 ватно-марлевых подушечек, поместив их в портплед — в отделение, где хранятся сетчатые шины.

Наличие подушечек позволит экономить вату и бинты и ускорит наложение шин Дитерихса и Томаса по единой, более совершенной методике.

Полковник медицинской службы *Д. А. Новожилов*

ОПЫТ РАБОТЫ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ В ГАРНИЗОНЕ

Диспансеризация всего личного состава гарнизонов в условиях военного времени трудно осуществима. Опыт показывает, что врачи частей зная людей по посещению ими амбулаторий, не знают всего состава гарнизона. Между тем среди лиц, не жалующихся на болезненное состояние, встречаются подчас люди, непригодные к военной службе или непригодные к службе в войсках данного рода или числящиеся строевыми, но пригодные к нестроевой службе. Люди перечисленных категорий мало известны врачу части и потому не представляются на освидетельствование в военно-врачебные комиссии. Гораздо лучше осведомлены о физической неполноценности этих людей командиры рот, взводов, старшины, которые обычно отзываются о них как о людях дисциплинированных, старательных, но которым по состоянию здоровья «тяжело» в строю, походах, на учениях.

Наряду с лицами, не заявляющими о своем болезненном состоянии, встречаются и такие, которые слишком много уделяют внимания своему физическому состоянию и посещают амбулатории чаще, чем следует. К этой категории относятся невротики, люди с хроническими и ятрогенными (внушенными) заболеваниями и т. п.

Скопление в гарнизонах перечисленных категорий людей небезразлично для боеспособности частей, что вызывает необходимость в быстром проведении надлежащих мероприятий.

Освидетельствование производится обычно в помещении санитарной части того подразделения, которое в данный момент проходит через комиссию. Закончив работу в одной части, комиссия переходит в другую, пока не обследует всего гарнизона.

На комиссии в обязательном порядке присутствует врач части и командир роты, дающие санитарную и служебную характеристику обследуемого. В нужных случаях свидетельствуемый направляется на дополнительное обследование в стационар, к соответствующим специалистам, на рентген, в лабораторию.

Особенно эффективным оказывается обследование невротиков и людей с ятрогенными заболеваниями. Диатноз и заключение комиссии, объявляемые свидетельствуемому с подробным разъяснением о состоянии его здоровья, обычно воспринимаются им с гораздо большим доверием, чем указания врача

части. Больной после комиссии обычно успокаивается и, как показывает дальнейшая проверка, начинает справляться с обязанностями военной службы наравне с другими здоровыми бойцами.

В результате проводимой описанным образом работы, отнимающей сравнительно немного времени, часть в короткий срок освобождается от балластного элемента, облегчается работа врача части и командования и повышается боеспособность части.

В больших гарнизонах для ускорения работы в состав военно-врачебной комиссии включаются дополнительные члены или же выделяются дополнительные комиссии из квалифицированных врачей, знакомых с военно-врачебной экспертизой.

Председатель Военно-врачебной комиссии N-ского эвакопункта
майор медицинской службы ***Г. Б. Мясник***

Стр. *Str*

ОБМЕН ОПЫТОМ

Майор медицинской службы А. Д. Перминов. Аппарат для одномоментной репозиции отломков при переломе костей бедра и голени 60

Капитан медицинской службы Н. Н. Никстин. Устройство сушильного шкафа из консервной банки 60

Подполковник медицинской службы А. М. Шапиро. О новом методе растворения камфоры 61

Полковник медицинской службы Д. А. Новожилов. Ватно марлевые подушечки к шине Дитерихса 62

Майор медицинской службы Г. Б. Мясник. Опыт работы ВВК в гарнизоне 63

INTERCHANGE OF EXPERIENCE

A. D. Piermiakov, Major, Medical Corps. An apparatus for the reposition in one instance of the fragments in the bones' of the femur and shin fractures 60

N. N. Nikstin, Captain, Medical Corps. Making up of a drying case of a can 60

A. M. Shapiro, Lieutenant-colonel, Medical Corps. Contriburion to a new method of the camphor dissolving 61

A. D. Novojilov, Colonel, Medical Corps. Small cushions made of wadding and gauze to Diederich's splint 62

G. B. Miasnik, Major, Medical Corps. Experience of the work of VVK in a garnison 63

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ КРАСНОЙ АРМИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ
Ответственный секретарь
полковник медицинской службы С. М. БАГДАСАРЬЯН

Члены редколлегии:
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-майор медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

СЕНТЯБРЬ — ОКТЯБРЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МОСКВА — 1944

Адрес редакции: ВМЖ, Москва, 160

Отв. редактор Е. И. СМИРНОВ

Издается с 1823 г. А13307. Подписано к печати 7/XII 1944 г.
Печ. л. 4. Авт. л. 5,53. Знаков в 1 п. л. 55 300. Цена 4 р. Заказ 2433.

Типография „Красное знамя", Москва, Сущевская, 21

Генерал-майор медицинской службы засл. деят. науки
проф. П. А. КУПРИЯНОВ

О ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН

Тема, рассматриваемая в настоящем сообщении, стала уже тривиальной. Едва ли у хирургов, имеющих за собой громадный опыт текущей Отечественной войны, возникают сейчас сомнения в правильности принципов, которыми они руководствуются при обработке огнестрельных ран. Отошли в прошлое еще совсем недавние дискуссии, и острота их припупилась: никто не станет утверждать, что первичное иссечение раны с послойным глухим швом является лучшим методом обработки огнестрельных ран на войне. Никто не будет отрицать, что огнестрельная рана первично инфицирована, что первейшая и главнейшая задача хирурга состоит в предупреждении развития и распространения первично внедренной при ранении инфекции и что единственным достоверным средством для этого является хирургическая обработка раны. Ни у кого не возникнет сомнения в необходимости обеспечения покоя ране, таким образом обработанной, и области, в которой находится рана (конечности), что достигается иммобилизирующей повязкой. Мне кажется, что и гипсовая повязка нашла свое место и заняла его по праву и одинаково надежно как в руках хирургов, прошедших через увлечение ею, так и пришедших к ней через недоверие. И, конечно, не «письменные циркуляры или формальные запреты» решили проблемы, которые так волновали умы хирургов в довоенное время. Опыт, этот великий судья, уравнял школы и освятил принципы. И все же именно эти «письменные циркуляры и формальные запреты» оказали свое положительное влияние и дисциплинировали хирургическое мышление. Не потому, что «показания и возможности для первичных швов стали совершенно иными по сравнению с тем, что было при траншейной войне на стабильных фронтах 1914—1918 гг.» (С. С. Юдин), отказались хирурги от наложения первичных швов. Понятно, что условия этапного лечения в современной войне не обеспечивают необходимого и надлежащего наблюдения за состоянием зашитой раны. А если необходимые стационарные условия имеются, разве тогда первичный шов на иссеченную огнестрельную рану возможен, и применение его должно стать закономерным?

С. С. Юдин напоминает, что «нынешняя война выявила многочисленные яркие примеры и диаметрально противоположных условий, т. е. полной невозможности эвакуации раненых в осажденных городах, крепостях и островах». С. С. Юдин напоминает

нам о Мальте, Тобруке, Одессе, Ленинграде, Севастополе, Филиппинах, которые героически защищались и не имели возможности эвакуировать своих раненых. В этих условиях, как и в городах, подвергающихся воздушным налетам, раненые остаются для окончательного лечения у хирурга, который их оперировал. «Разумеется, при таких условиях показания для первичных швов встретятся гораздо чаще. И было бы ошибочно не воспользоваться громадным преимуществом первичных и отсроченных швов после ранних, тщательно выполненных хирургических иссечений у раненых при авиабомбардировках в больших городах, поскольку отпадает одно из главных возражений — необходимость немедленной эвакуации» (С. С. Юдин).

Об отсроченных швах речь должна итти особо: нельзя поставить знак равенства или поставить рядом первичный шов и отсроченный. Первичный шов может быть наложен после действительно раннего и настолько тщательно выполненного хирургического иссечения раны, что огнестрельную рану после этого можно было бы считать в самом деле «операционной раной». Можно ли убедить теперь хирургов в том, что сколько-нибудь сложные огнестрельные раны, с какими и приходится в подавляющем большинстве случаев иметь дело, поддаются в их руках превращению в «операционную рану»? Я не имею в виду возвращаться к обоснованиям невозможности этого, что сделано мной в статье, помещенной в «Вестнике хирургии» [1], а также в «Кратком курсе военно-полевой хирургии» [2], но я считаю необходимым подчеркнуть, что кроме всего, что касается патологической анатомии огнестрельной раны, еще невозможно определить пределы распространения инфекции по межмышечным пространствам. Положение мышечных пластов конечности в момент ранения, когда человек или конечность находится в движении, изменяется после ранения, когда конечности придается другое, покойное положение. Соотношение мышечных групп, resp. межмышечных промежутков, резко меняется в момент ранения или непосредственно за ним (активное или пассивное изменение положения конечности), вследствие чего прямолинейный раневый канал превращается в зигзагообразный и на определенных участках закрывается смещающимися группами мышц. Кровоизлияние, которым сопровождается ранение, распространяется в межмышечные пространства, а с ним и с сокращающимися разрушенными мышцами распространяется в ближайшие же часы инфекция, внесенная в рану ранящим оружием.

Мне неизвестно положение, бывшее на Мальте или в Тобруке, но в Ленинграде мы не считали ошибочным то, что не пользовались «преимуществами первичных швов», хотя у меня и нет оснований упрекать ленинградских хирургов в отсутствии профессиональных навыков.

---

[1] Т. 59, стр. 323, 1940.

[2] П. А. Куприянов и С. И. Банайтис, Краткий курс военно-полевой хирургии, стр. 136—140, М., Медгиз, 1942.

Мне не кажется, что преимущество, заключающееся в невозможности эвакуировать, искупается условиями, в которых оказываются осажденные крепости и города. По крайней мере о Ленинграде это можно сказать.

Блокада Ленинграда привела к общеизвестным трудностям, отразившимся на течении и исходе лечения ран. Недостаточность питания и односторонность его наложили свой отпечаток прежде всего, а затем сказывались и неустройства бытового порядка в госпиталях, особенно в зимнее время. В результате артиллерийских обстрелов и бомбардировок с воздуха выбыли из строя отопление, освещение, водоснабжение и канализация. Фанера и картон, которыми были заделаны выбитые стекла в окнах, не удерживали в палатах госпиталя тепла, которое пытались создать при помощи примитивных временных печей; фанера и картон лишали палаты и естественного освещения в короткие зимние дни. Необходимость размещать наиболее тяжело раненых в нижних этажах и подвалах привела к скученности в них; в бомбоубежищах к этому присоединялись сырость и недостаточность вентиляции.

Все вместе взятое при отсутствии воды и канализации очень затрудняло обслуживание раненых хотя бы минимальным гигиеническим уходом за ними; к тому же медицинский персонал, живший и работавший в тех же условиях, выбывал в значительном количестве, а оставшиеся не были достаточно работоспособными.

В связи с отсутствием тока и горючего не действовали рентгеновские аппараты, не работали физиотерапевтические кабинеты, лаборатории. Это не могло не отразиться на качестве и своевременности распознавания осложнений, следовательно, на своевременности применения оперативных вмешательств и лечебных мероприятий, и, таким образом, сказывалось на исходах лечения, качестве его и сроках излечения. Несомненно, что в той значительной инфицированности ран, которая наблюдалась в эти тяжелые месяцы, отразились общие негигиенические условия содержания раненых и иногда вынужденное отклонение от правил асептики в перевязочных хирургических отделений, коль скоро раненые для защиты от холода содержались в собственной одежде и сверх того по собственной инициативе укутывались, как могли.

Возможно ли признать стационарное нахождение раненого, оказавшегося в таких условиях, вследствие невозможности его эвакуировать, преимуществом перед необходимостью эвакуации его в условиях современной войны, стиль которой «характеризуется стремительными массовыми прорывами с громадными войсковыми перемещениями». «Преимущество» это не дает права на первичный шов; не дает оно права и на вторичный шов.

За подробностями я отсылаю читателя к моему докладу, сделанному Ученому медицинскому совету при начальнике ГВСУ Красной Армии (Труды 7-го пленума), здесь же позволю себе дать краткую характеристику раненого и течения его раны при нарушении общего питания.

Обращает на себя внимание ареактивность больного. Он мало активен вообще, несловоохотлив, отвечает неохотно и кратко, предпочитает, чтобы его оставили в покое. Он равнодушен ко всему, кроме пищи, а иногда безразлично относится и к ней.

С впалыми глазами, с застывшим, усталым взглядом, устремленным в пространство, больной уходит в «созерцание себя», безучастен к окружающему и слабо реагирует даже на болевые раздражения. Кожа желтушного оттенка, сухая, шелушащаяся, пастозная при отеках. Периферические отделы конечностей холодны наощупь, но больной этого не ощущает; восприятие холода понижено: мы наблюдали случаи отморожений концевых фаланг пальцев стопы во время пребывания истощенного раненого в палатах госпиталей.

Общая температурная реакция понижена, даже при явно инфицированных ранах температура держится в лучшем случае на субфебрильных цифрах. Пульс учащен и не соответствует температуре.

Основным в характеристике раневого процесса у таких раненых является вялое его течение, как бы замедленное или остановившееся в определенной фазе. Даже при очевидной инфицированности раны признаки воспалительной реакции отсутствуют или выражены слабо.

Хирургически обработанная рана долго сохраняет вид только что обработанной, но она вялая и как бы неживая; сосудистой реакции, в обычных условиях ясно выступающей со стороны окружающей ткани, нет.

Рана и в дальнейшем остается сухой, края кожи отслаиваются от фасции (клетчатки нет) и подвергаются сухому некрозу. Расслаиваются мышечные пласты, лишенные какой бы то ни было склейки. Грануляции долго не появляются, а если и появляются, то вялые, бледные и состоят из мельчайших гранул.

Можно ли притти к заключению, что в этих условиях, при отсутствии эвакуации, показания для вторичных швов встречаются гораздо чаще?

Я могу притти только к одному заключению: на войне вообще нет условий к наложению первичного шва на огнестрельные раны, за исключением случаев, особо оговоренных в «письменных циркулярах» (открытый пневмоторакс и пр.). Меня не убеждают взывания к талантам и заслугам Годье и Леметра. Первичный шов огнестрельных ран принес больше вреда, чем пользы, и он потерпел крах. Не в Наваррской ли зале произнес Брэн: «Шов не является необходимостью для спасения раненого, наоборот, он может быть достаточен для того, чтобы повести к смерти». Во всяком случае эти слова достойны того, чтобы их произнести в торжественной обстановке.

К сожалению, отказавшись от первичного шва, хирурги отказались от вторичного шва и вообще от всяких методов вторичного закрытия раны, предоставляя заживление ран «силам природы». Мы должны признаться, что слишком долго не уделяли внимания методам, ускоряющим заживление раны. Этот вопрос

и сегодня еще весьма актуален. Суть его двулика: с одной стороны, причины длительного незаживления ран лежат в недостаточности или неудовлетворительности первоначальной обработки ран, вследствие чего в ране остаются инородные тела, металлические и неметаллические, костные осколки, оказавшиеся нежизнеспособными, и пр., которые препятствуют заживлению, обусловливая свищи, обширные и глубокие соединительнотканные рубцовые изменения и пр., а следовательно, и длительное ограничение или невосстановление функции. С другой стороны, при удовлетворительной первоначальной хирургической обработке раны и удовлетворительном течении раневого процесса пассивное, созерцательное отношение хирурга к «заживающей» ране приводит к потере времени, а иногда и к «незаживающим» ранам.

Мы имели возможность видеть эти «незаживающие» раны, остававшиеся таковыми на протяжении многих месяцев у раненых, лечившихся от начала до конца у нас, равно как и у раненых, поступивших к нам из госпиталей глубокого тыла. Мы убедились, что в значительном большинстве случаев причины этого лежат именно в недостаточности первоначальной хирургической обработки ран, во-первых, и в недостаточности или отсутствии мероприятий, направленных на ускорение закрытия раны, сближение краев раны, вторичные швы, пластические операции — во-вторых.

Мы попытаемся рассмотреть эту сторону дела в вопросе хирургической обработки огнестрельных ран и считаем уместным начать с обезболивания, успешность которого в первую очередь решает качество обработки раны.

Обезболивание. Вопрос об обезболивании при операциях по поводу огнестрельных ранений многократно был предметом обсуждении на заседаниях хирургических обществ и съездов. До войны с белофиннами он не выходил за пределы теоретических дискуссий. Опыт этой войны убедил нас, а Отечественная война укрепила в том мнении, что наилучшим видом, средством и способом обезболивания является тот, которым лучше всего умеет пользоваться хирург, при условии, если это средство и необходимая аппаратура имеются на снабжении. Это ни в коей мере не должно побуждать хирурга к консервативному отношению к новым предложениям на этот счет, а скорее, наоборот, должно побуждать к усовершенствованию своих навыков и приобретению новых.

В мирной практике хирургическая клиника широко усвоила местное обезболивание. Можно было предполагать, что навык к нему широко распространен и, следовательно, местное обезболивание и при ранениях в военное время найдет обширное поле для применения.

По существу так оно и оказывается. В среднем под местным обезболиванием оперируется около 70% раненых. Но интересно то, что в войсковом районе хирурги находят необходимым оперировать под наркозом чаще, чем в учреждениях более глубокого тыла.

В МСБ и ППГ первой линии по крайней мере в 10—12% случаев находит применение хлорэтиловое оглушение, примерно столь же часто (10%) — хлорэтиловый наркоз; в 10—15% случаев применяется хлорэтил как вводный наркоз с последующим переходом на эфир, в 10—12% — чистый эфир и в 1,5—2% случаев — гексенал. Половина или больше того операций в войсковом районе производится под тем или иным общим обезболиванием. Местное обезболивание, преимущественно в виде инфильтрационной анестезии 0,5% раствором новокаина, применяется главным образом при обработке ран конечностей, головы и груди. Проникающие ранения брюшной полости, таза, сложные ранения конечностей и множественные повреждения в подавляющем большинстве подвергаются операции под наркозом.

Несомненно, что в ряде случаев предпочтительно местное обезболивание. Однако, независимо от опытности хирурга, при многих обстоятельствах оно или неосуществимо ни местно инфильтрационным способом, ни регионарным, ни даже в виде круговой инфильтрации (по методу поперечного сечения), или ограничивает возможность диагностического исследования раны во время операции.

В мало опытных руках это приводит к недостаточно радикальной обработке раны с вытекающими отсюда последствиями: среди ран, осложненных анаэробной инфекцией, преобладают раны, неудовлетворительно обработанные под местным обезболиванием.

Поэтому, не стесняя хирургов в выборе обезболивания, мы все же рекомендуем ограничивать применение местного обезболивания случаями, в которых хирургическая обработка раны не обещает оказаться сложной.

Прямым показанием к местному обезболиванию являются открытые пневмотораксы. Анестезия в этих случаях (инфильтрационным методом, межреберная или особенно паравертебральная) удается удовлетворительно также и при обширных повреждениях ребер, оказывая свое действие довольно длительное время и устраняя боли, благоприятно сказывается на дыхании раненого. Эффект непосредственно после зашивания открытого пневмоторакса в большинстве случаев очевиден, но при местном обезболивании обеспечивается, кроме того, и местный покой.

Местное обезболивание зарекомендовало себя с весьма положительной стороны также и при производстве ампутаций, особенно в виде инфильтрации поперечного сечения.

Для большинства случаев технически это осуществляется без труда, если речь не идет о высоких усечениях у корня конечности. Надо только иметь в виду необходимость наложения боковых расщепов культи после кругового сечения и производить инфильтрацию соответственно выше предполагаемого сечения.

Положительное впечатление оставляет внутривенное введение морфина (до 3 см³ 1% раствора). Быстрота действия его при этом выгодна при выведении из состояния шока, перед оператив-

ным вмешательством (под местным обезболиванием операция протекает спокойнее — раненый дремлет, под наркозом требуется меньше анестезирующего средства) и при наложении иммобилизующих повязок. Но перед эвакуацией этот способ не имеет преимущества, так как введенный в вену морфин сравнительно быстро элиминируется.

Гексенал не находит сколько-нибудь широкого применения, особенно в войсковом районе. Некоторые хирурги употребляют его охотно, однако значительная часть хирургов от применения гексенала отказывается, предполагая возможную связь между ним и смертью на столе или в ближайшие сроки. Особенно это относится к случаям, в которых перед операцией удалось вывести раненого из состояния шока, и после значительных кровопотерь.

Я присоединяюсь к последнему мнению, хотя в практике мирного времени был большим поклонником барбитуровых внутривенных наркозов.

Хирургическая обработка ран и осложнения ран инфекцией

В зависимости от характера повреждений по роду ранящего оружия — пулевого или осколочного — и преобладания тех или других имеется больший или меньший процент раненых, раны которых не нуждаются в оперативных вмешательствах: они требуют защитной повязки и покоя. Это относится преимущественно к повреждениям мягких тканей, но нередко и к ранениям с повреждением костей. Чаще это пулевые, реже осколочные ранения, при которых точечные входные и выходные отверстия и соединяющий их раневой канал не имеют признаков значительных повреждений или размозжений тканей как в окружности ран, так и по протяжению раневого канала.

Ранения такого характера составляют к общему числу раненых в среднем до 20—25%.

Пулевых ранений всегда насчитывается больше этого числа. Следовательно, характеристика ранения как пулевого еще не дает оснований к оперативному вмешательству или к отказу от него. Несомненно, в известной части случаев пулевых ранений (при осколочных ранениях это является почти правилом) имеют место клинические признаки, обязывающие к оперативному вмешательству.

Правильно считать, что показания к хирургической обработке ран определяются прежде всего клиническими признаками, а не сроком, протекшим со времени ранения, и не характером ранения, обусловленным видом ранящего оружия (пуля или осколок), формой или размером его. Срок, протекший со времени ранения, и характер раны (точечная, рваная, размозженная) определяют характер и вид оперативного вмешательства и его особенности, но не показания к нему.

Клинические признаки, обязывающие к вмешательству при свежих точечных ранах, указывают на повышение внутрикане-

вого давления вследствие излившейся по раневому каналу крови, приводящее к ограничению и ухудшению кровообращения в конечности со всеми вытекающими из этого последствиями.

Положение, что «всякая огнестрельная рана первично инфицирована», остается аксиомой. Поэтому при недостаточном кровообращении, при наличии благоприятной почвы для развития внедрившейся инфекции (кровоизлияние, размозжение тканей, напряжение их), отсутствие клинически выраженных признаков развивающейся инфекции не является противопоказанием к вмешательству. При таких обстоятельствах нельзя выжидать развития этих признаков, а следует иметь в виду, что чем больше срок со времени ранения, тем срочнее операция.

Рваные и рвано-размозженные раны обычно весьма загрязнены по поверхности и в глубине значительно разрушенных тканей. Чем больше разрушения тканей, чем больше срок со времени ранения, тем больше опасность бурного развития инфекции, тем настоятельнее необходимость в срочной хирургической обработке раны. Особенно это относится к слепым осколочным ранениям в областях тела с значительными мышечными массами при сложных топографических отношениях пластов мышц и межмышечной клетчатки.

До 70—75% всех раненых нуждаются в том или ином виде хирургической обработки ран. Чем раньше последняя предпринята, тем больше надежды на благоприятное течение ранения. Вместе с тем все раны, нуждающиеся в этом по клиническим показаниям, должны быть оперированы независимо от срока, истекшего со времени ранения: 6, 8, 12 или 24 часа. Чтобы избежать нежелательных условий обработки ран спустя 12—18 часов, надлежит стремиться произвести ее у подавляющего числа раненых на ДМП и в ППГ первой линии. Эту задачу мы ставим перед хирургами этих учреждений, и они выполняют ее: 80—82% всех операций, производимых в них, составляет активная хирургическая обработка ран.

Задача этой операции при свежих ранениях состоит в предупреждении клинически выражающейся инфекции ран. Это достигается, в зависимости от каждого данного случая, иссечением или рассечением ран, но во всех случаях остается одинаково обязательным обеспечение зияния раны; таким образом, совершенно исключается наложение швов на рану. Здесь имеется в виду не только «глухой» шов, шов «с выпускниками», но и всякого рода ситуационные, направляющие, поддерживающие и прочие швы в любом количестве стежков, так как в ближайшие же часы рана набухает, в ней и в окружности развивается отек, что приводит к значительному натяжению краев раны со всеми вытекающими отсюда последствиями.

По существу оперативного вмешательства хирургическая обработка ран в главнейшей своей массе представляет рассечение ран с раскрытием всех карманов и пр., с частичным иссечением краев раны в глубину по возможности в макроскопически неповрежденных тканях и при соблюдении принципа бережного к ним отношения. Иссечение ран в полном смысле слова в военных

условиях при огнестрельных ранах почти никогда не осуществимо, речь может итти лишь о не так часто встречающихся поверхностных ранах без большого дефекта в тканях. Во всех остальных случаях хирургическая обработка ран, производимая по указанному принципу (до сих пор многими хирургами, к сожалению, называемая еще «иссечением раны»), ни в какой мере не приводит к тому, чтобы считать рану после обработки практически стерильной.

Применение тампонов приносит больше вреда, чем пользы, если осуществляется по принципу тампонады, а не дренажа. Дренаж для подавляющего числа случаев необходим. Конечно, идеалом является отказ от оставления в ране всякого инородного тела, предназначенного дренировать рану, будь то резиновая трубка или даже полоска, или марлевый тампон. Однако своеобразие нарушений топографо-анатомических соотношений в области раны и на протяжении раневого канала не всегда допускает превращение оперативным путем сложной огнестрельной раны в простую рану, в которой отток надежно обеспечен, если только не пожертвовать специально ради этого тканями, а относиться к ним максимально бережно.

Я думаю, что каждый хирург поймет меня, если я скажу, что «жалко» иссекать ткани жизнеспособные, но своим положением мешающие оттоку. Вместе с тем этот вопрос решается не так легко и просто. Хороший отток, достигнутый ценой значительного дефекта тканей, или во всяком случае дефекта, размеры которого могли бы быть меньшими, обеспечил бы, несомненно, более благоприятное течение раны и, следовательно, логически рассуждая, более быстрое ее заживление. Но, с другой стороны, больший дефект потребует и более длительного времени на заживление и, возможно, повлияет на полноценность восстановления функции. Хирург, взвешивая эти обстоятельства и размышляя, обращается к тампону, убеждая себя, что «это на самый короткий срок». В условиях этапного лечения срок не всегда оказывается «коротким».

Мне кажется, что в значительном числе случаев удачным разрешением вопроса является подшивание кетгутом кожи даже к мышцам, если невозможно к глубоким фасциям, как это делает С. С. Юдин.

В пору увлечения «бестампонным методом лечения» подобные предложения делались, например, для лечения плевральных эмпием, когда рекомендовалось подшивать к коже плевральный листок. Это не привилось, вероятно, потому, что тогда была пора увлечения этим методом и применялся он не всегда по показаниям. И сейчас надо сказать, что не всегда удается подшить кожу так, чтобы можно было, действительно, обеспечить этим надлежащий отток из различных углублений раны без того, чтобы не пожертвовать ради этого тканями, без того, чтобы не отказаться от принципа бережного отношения к жизнеспособным тканям. Особенно это относится к сложным многооскольчатым пе-

реломам, при которых только решительное удаление осколков может обеспечить широкое зияние раны.

Я позволю себе выразиться более определенно: если кто-либо утверждает, что этот метод он мог применить во всех случаях, то он дискредитирует этот прекрасный метод тем, что в известном числе случаев он или не всегда обеспечивает надлежащий дренаж, или причиняет излишнюю травму, также не остающуюся без нежелательных последствий. Не всегда стремление к скорейшему заживлению раны как таковой приводит к полноценному или возможно наиболее полноценному функциональному излечению.

Я хотел бы подчеркнуть, что увлечение идеей широкого воронкообразного иссечения раны в целях обеспечения дренажа во что бы то ни стало без тампона и пр. чревато тяжелыми последствиями, если даже оно и не сопряжено с опасностью для жизни раненого.

Я остаюсь убежденным в том, что в ряде случаев умелое и осмотрительное применение дренажей и тампонов уместно и нужно, необходимо только стремиться всячески избегать их в тех случаях, когда наложение контрапертуры может обеспечить отток лучше, чем дренаж раны. Конечно, в первую очередь это относится к слепым ранениям. Однако и при сквозных ранениях наложение контрапертур должно иметь место чаще, чем это делается.

Мне кажется, что и до сих пор мы не учитываем, что отток через входное и выходное отверстия раны не всегда является наилучшим и что в ряде случаев и та, и другая рана могла бы быть оставлена без тампонов и пр. и заживала бы наилучшим способом, если бы из наиболее выгодного участка раневого канала, соединяющего эти раны, был обеспечен отток через разрез, произведенный оперативным путем, анатомически, т. е. с минимальным нарушением целости тканей и, следовательно, с перспективой быстрого заживления этой операционной раны, когда минует в ней надобность.

Правила рассечения и иссечения ран, техническая сторона этих операций так многократно описывались и так многочисленны наставления по этому поводу, что касаться этого вопроса, казалось бы, не следовало без опасения вызвать выражение скуки на лице читателя. Многие прекрасно и исчерпывающе осветили этот вопрос, а книга С. С. Юдина достаточно широко распространена среди хирургов и известна как одна из лучших. Все же разнообразие огнестрельных ран настолько велико, что намного превышает количество статей и книг, в которых преподаны полезные и необходимые советы на этот счет, ибо до настоящего времени можно видеть дефекты хирургической обработки ран, выражающиеся или в недостаточно радикальном, или, наоборот, в чрезмерно широком рассечении или иссечении ран, даже и в тех случаях, когда хирурги не задавались целью обеспечить бестампонное лечение (ибо тампоны присутствуют в ране).

В первом случае рассечение ограничивается поверхностными слоями, иногда даже только кожей. Упускается из виду необходимость рассечения апоневроза с целью уменьшения внутритканевого напряжения и исследования раны в глубине. Это приводит к тому, что после «иссечения» раны в ней остаются необнаруженные и потому неудаленные не только инородные тела в виде обрывков одежды и пр., но и расположенные поверхностно металлические инородные тела.

Необоснованный отказ от осторожного пальцевого исследования раны приводит к этому и, наоборот, слишком энергичное обследование раны пальцем или при помощи ранорасширителей приводит к необоснованно широкому рассечению в ущерб последующему заживлению.

Следует более определенно выразиться о причине этого: оперативное вмешательство (рассечение или иссечение раны) производится в таких случаях без соблюдения основного правила — диагностического исследования раны. Лучшие инструменты для этого — «умный палец», ранорасширители и глаз — всегда имеются в распоряжении хирурга или предполагаются, если иметь в виду первый из названных инструментов.

Без комментариев я замечу, что слышал от коллег о запрещении исследовать рану пальцем. Несправедливо лишать хирурга этого «инструмента».

Несколько особо стоит вопрос об обработке множественных ранений, причиняемых осколками ручных гранат и мин. Количество таких ран иногда достигает нескольких десятков во всех областях тела. Рассечение, а тем более иссечение таких ран кажется необоснованным, а между тем очень часто мелкие осколки увлекают с собой обрывки одежды и пр., особенно в зимнее время (обмундирование), иногда на значительную глубину и создают множественные очаги инфекции. При рассечении такой раны часто не удается проследить раневого канала — операция становится бесцельной, а при множественности ранений и весьма затяжной.

В подобных случаях установилось мнение, нам кажется, справедливое для многих подобных ранений, о непоказанности активной обработки таких ран при обязательном самом тщательном наблюдении за ранеными на последующих этапах эвакуации, что должно быть отмечено в эвакуационном конверте с обращением внимания на наиболее сомнительные раны. Однако такое решение может быть принято только лишь после тщательного осмотра раненого. Особого наблюдения и внимательного исследования требуют раненные в область шеи (кровотечение и глубокие флегмоны), живота (проникающие ранения) и ягодиц (анаэробная инфекция).

Я должен вернуться к тому положению, что первичная хирургическая обработка ран в очень значительном числе случаев не может быть произведена исчерпывающе, даже если хирург обладает всеми качествами квалифицированного профессионала.

Надо признать без всяких околичностей, что далеко не всегда представляется возможным удалить действительно полностью все некротизировавшиеся или подозрительные по своей жизнеспособности ткани. Кроме того, само вмешательство — иссечение или рассечение раны — производится в резко и сложно нарушенных анатомических соотношениях и потому не может быть, как правило, произведено «анатомически». Вследствие этого ткани рассекаются таким образом, что не исключается возможность повреждения сосудов, питающих отдельные участки мышц, в момент иссечения кажущихся вполне жизнеспособными. Нежизнеспособность этих тканей, естественно, выявляется спустя некоторое время после первичной хирургической обработки раны.

Помимо этого, в свежей кровоточащей ране легко остаются незамеченными инородные неметаллические тела, особенно обрывки одежды и пр., что выявляется в ране также спустя некоторое время.

В сказанном легко убедиться, если заглянуть в рану, оперированную несколько дней назад. Тогда становятся заметными гематомы в клетчатке, оставшиеся неиссеченными, волокна хлопчатобумажной ткани, меха или сукна, теперь уже обесцветившиеся и заметные на фоне жизнеспособных, с сочной окраской мышц; в закоулках раны и в межмышечных щелях можно увидеть не замеченные ранее мелкие плотные инородные тела (кусочки дерева или металла), легко внедрившиеся в ткани и не отходившие при промывании раны, а теперь отторгающиеся. Важнее всего то, что в ране, казалось, так тщательно обработанной, нередко можно найти кусочки некротизирующихся мышц и осколки кости, которые при первой обработке казались прочно соединенными с надкостницей и мышцами и выглядели жизнеспособными. Я был очень удивлен, когда впервые подверг исследованию рану, мной же оперированную несколько дней назад, и увидел в ней далеко не то, что ожидал.

Если признать, что первичная хирургическая обработка раны есть действие первой необходимости, но что рассчитывать на безукоризненное выполнение этой сложной операции во всех случаях на любых сложных ранах и во всякой обстановке не приходится, то отсюда надлежит сделать вывод: через несколько дней после первичной обработки раны необходимо произвести диагностическое исследование раны. Особенно необходимо это в случае, если раненый поступил на следующий этап санитарной эвакуации.

Такого рода исследование производится после расширения раны крючками по общим правилам ее исследования. При этом определяется необходимость и объем дополнительных мероприятий, которые могут ограничиться удалением оставшихся инородных тел или отошедших осколков кости, или участков мышц, апоневроза, клетчатки, кожи, нежизнеспособность которых к этому времени может определиться; может также оказаться необходимым произвести иссечение или рассечение раны по правилам, известным для операций на свежей ране.

Очевидно, что при такого рода вторичной обработке, равно как и при первичной, производимой на ранах многодневной давности, приходится иметь дело с воспалившимися тканями. В настоящее время опыт показал, что это не является препятствием к вмешательству на них, что страх перед «барьером» преувеличен. Однако ничто не будет лишним в осторожности, которую следует проявить в оценке объема и вида оперативного вмешательства, вытекающего из данных, полученных при исследовании раны.

Объем и характер вмешательства определяются целью операции, которая состоит в обеспечении гладкого и скорейшего заживления раны. Задачи, которые следует выполнить, состоят в удалении источников инфекции (инородные тела и др.) и почвы для нее (некротизировавшиеся ткани, гематомы и пр.), в устранении карманов и в обеспечении надлежащего оттока из раны. Здесь совершенно уместно подчеркнуть, что после такого рода операции в воспаленных тканях особенно необходима надежная иммобилизация. В наших условиях это лучше всего осуществляется наложением гипсовой повязки.

Я убежден, что мое изложение не возбудит подозрения в том, что я дискредитирую деятельность хирургов МСБ или ставлю под вопрос уместность хирургической обработки ран на ДМП. Я пользуюсь случаем, чтобы с глубокой признательностью подчеркнуть изумительную и мужественную деятельность наших товарищей в МСБ, равно как и то, что без тщательной первичной обработки ран, по возможности в кратчайшие сроки, немыслимо благоприятное развитие раневого процесса. Вторичная обработка, если она показана по данным исследования раны (диагностическое исследование раны), должна закрепить то, что было сделано первым хирургом, оперировавшим данного раненого.

А. С. Миттельман изучила личный материал, касающийся вторичной обработки ран у 500 человек с тяжелыми повреждениями конечностей, из которых в 268 случаях имелось повреждение длинных трубчатых костей, в 119 случаях — повреждение крупных суставов и в остальных случаях — повреждение мягких тканей и мелких костей. Мне кажется, что исходы лечения находятся в несомненной связи с применением вторичной обработки ран: вторичных кровотечений не было, остеомиэлит (наблюдения до 3 месяцев) отмечался в 3,2% случаев, анаэробная инфекция — в 0,8% случаев, ампутации — в 1% случаев, смерть — 1,2% случаев.

Инородные тела не составляют цели оперативного вмешательства при хирургической обработке ран ни в учреждениях войскового или армейского района, ни в госпиталях ФЭП. Как правило, показанием к специальному вмешательству для удаления их остаются клинические признаки развивающейся инфекции или опасность вторичного кровотечения вследствие соседства с крупными сосудами или нарушения функционального порядка.

Однако вопрос об инородных телах, о времени их удаления и о показаниях к этому остается еще далеко не решенным.

Не говоря о том, что принципиально правильный отказ от «погони» за инородным телом приводит иногда к отказу от удаления даже поверхностно (под кожей) расположенных и видимых на-глаз или осязаемых инородных тел, выжидание клинических признаков развития инфекции, внесенной с инородным телом, приводит подчас к непоправимым последствиям. В этом есть некоторое печальное подобие выжидания развития клинических признаков перитонита.

Нельзя не указать также, что отказ от «погони» за инородным телом приводит к отказу от попыток к определению локализации его и, следовательно, от попыток к мысленному воссозданию направления раневого канала и оценки возможных разрушений по ходу его. Отсюда вытекают неправильности или недостаточность в анатомическом диагнозе, а тем самым и в оперативном вмешательстве.

Все сказанное не имеет в виду оправдать «погоню» за инородными телами, но обязывает к более глубокому изучению этого вопроса и к уточнению показаний к оперативному вмешательству по этому поводу, а возможно, и к расширению их. Слепые ранения протекают тяжелее сквозных, и обычно понятие о слепом ранении связывается с присутствием в ране, в конце слепого раневого канала, инородного тела — носителя и источника инфекции. Это верно для известного числа случаев, однако нередко наличие в тканях даже ранившего снаряда (не говоря уже о других инородных телах, вовлеченных осколком или пулей в раневой канал) наблюдается и при сквозных ранениях.

В таких случаях рана выходного отверстия причинена «вторичным снарядом», каковым является осколок разбитой кости, или возможно, что сердечник пули вышел, а в тканях осталась его оболочка. Таким образом, наличие в ране инородного тела не характеризует ранение как слепое. Наряду с этим при слепых ранениях, т. е. не имеющих выходного отверстия, инородного тела может и не оказаться — оно выпало. Под слепым ранением следует понимать, мне думается, такое, при котором имеется входное отверстие и слепо оканчивающийся раневой канал, т. е. выходного отверстия нет. В известном числе случаев такое понимание приведет к трактовке касательных ранений как слепых, но это возможно тогда, когда имеется значительная и глубокая рана, по существу своему требующая от хирурга такого же поведения при обработке ее, как и слепое ранение. Я имею в виду обеспечение надлежащего оттока из раны, что чаще всего достигается наложением контрапертуры. По существу в этом состоит главная задача при слепых ранениях, если в известных условиях невозможно ставить вопрос о расширении показаний к удалению инородных тел.

Хирургическая обработка ран при развившейся уже инфекции в начале войны не находила среди хирургов должного признания. Не так редки были случаи отказа от обработки ран, моти-

вированного «истечением срока». В таких случаях раненым назначалось консервативное лечение, результаты которого не были удовлетворительными.

Необходимость консервативного лечения оправдывалась опасностью распространения инфекции вследствие нарушения барьера ножом при наличии воспалительной реакции.

В ряде случаев такие раны, действительно, нуждаются в консервативном лечении при тщательном наблюдении. Бо́льшая же часть раненых и в поздние сроки доставки нуждается в активном вмешательстве, о чем речь шла выше. Но если приведенные ранее положения еще могут казаться в той или иной степени спорными, раны в состоянии клинической инфекции и подозрительные на нее, особенно слепые, при наличии разных инородных тел во всяком случае нуждаются в рассечении с целью раскрытия развивающихся флегмон, карманов, в которых скапливается инфицированное содержимое раны. Боязнь нарушить барьер не оправдана, ибо барьер, если он и есть, в таких случаях, очевидно, не удерживает распространения инфекции, если же удерживает, — тогда обычно нет и показаний к подобного рода вмешательству.

Раненые, оперированные в периоде клинически проявляющейся инфекции, нуждаются в особо тщательном наблюдении за общим состоянием и местными изменениями. Если только допускает общая обстановка, в отношении их совершенно необходима более длительная госпитализация на промежуточных этапах эвакуации, и надо признать обязательным производство гематологических исследований и оценку температурной реакции. В отношении этих раненых еще более необходимо самое щепетильное соблюдение правил профилактической иммобилизации.

Сульфамидные препараты, в первую очередь стрептоцид, заслуженно получили со стороны хирургов положительную оценку как при применении в целях предупреждения или ограничения развития инфекции, так и в целях лечения уже развившейся.

Наилучшие результаты дает комбинированное применение их местно (на рану) и внутрь при условии создания в крови определенной концентрации препарата, поддерживаемой в дальнейшем («стрептоцидный удар»). Недостаточное вначале знакомство врачей с практическим использованием препарата приводило к неправильной дозировке. Назначение его бесполезно, если не соблюдается определенная система. Даже больше того: оно не только бесполезно, но бывает и вредно, так как может повлечь за собой накопление антисульфамидов в крови и, следовательно, привести к тому, что в отношении данного больного мы лишаемся одного из могущественных средств в борьбе с инфекцией.

Мы убедились в необходимости нанесения «стрептоцидного удара», для чего при первичном приеме внутрь дают 1,5 г белого стрептоцида, при втором приеме — 0,5 через 2 часа и затем каждые 4 часа (днем и ночью) по 0,5 на протяжении по крайней мере 4 дней.

Если белый стрептоцид назначается с лечебными целями (при рвано-размозженных ранах, в случаях ясно выраженной инфекции,

особенно при подозрении на анаэробную), первоначальная доза увеличивается до 2,0, вторая равняется 1,0 через 2 часа, а последующие приемы через каждые 4 часа составляют по 1,0.

После того как температура спадет до нормальных цифр, прием стрептоцида во избежание рецидива необходимо продолжать в той же дозировке на протяжении еще 5—6 дней. Если же температура не обнаруживает тенденции к понижению на протяжении первых 3—4 дней, значит дальнейшее применение стрептоцида неэффективно и его следует прекратить.

Этот расчет является средним для человека весом в 65 кг. Однако наблюдаются иногда и при указанной дозировке побочные явления в виде головокружений, тошноты, рвоты, цианоза, желтухи, высыпей, малокровия, микро- и макрогематурии. Чаще эти явления (обычно какое-либо из них) возникают, если не соблюдается водный режим: необходимо обильное питье, не меньше 2—3 л в сутки.

Если эти явления упорны, особенно рвота, цианоз, достигают резких степеней и гематурия усиливается, несмотря на увеличение количества выпиваемой больным жидкости, лечение стрептоцидом следует прекратить.

Несмотря на прекрасное действие сульфамидов, все же не следует переоценивать их значения в профилактике, равно как и в лечении: надлежащая хирургическая обработка раны остается краеугольным камнем в профилактике раневой инфекции и в борьбе с уже развившейся. Не бесконечно по времени и бактериостатическое действие препарата, и, если возможность отсрочки на 24 часа и больше доказана практикой, все же ранняя оперативная обработка ран имеет все преимущества перед более поздней, хотя бы стрептоцид и был засыпан в рану, а также дан внутрь в надлежащем количестве.

Мы не имели и не искали возможности дать стрептоцид (в виде палочек) на руки бойцу, как это делалось на Западе, с тем, чтобы он сам при ранении или его товарищ, или санитар, оказывающий ему первую помощь, вложил палочку стрептоцида в рану. Мы предпочли оставить этот драгоценный препарат в руках хирурга, который и всыпает в обработанную или необработанную рану порошкообразный стрептоцид в виде пудры. Это выгоднее, чем в кристаллическом виде или в палочке, однако требуется равномерно распылить препарат, а не просто всыпать его. В последнем случае получается бездеятельный комок, который выпадает при перевязке в виде комочков или грязной массы. Надо пропагандировать применение для этой цели распылителей, так как стряхивание со шпаделя никак не дает равномерности в распылении стрептоцида и поэтому некоторая часть его расходуется без пользы.

Пероральное введение препарата не всегда возможно. Еще в мирной практике один из моих сотрудников С. Л. Либов пользовался с успехом внутривенным введением. А. С. Чечулину в полевой обстановке удалось ввести в практику применение белого стрептоцида в 0,8% растворе подкожно, капельным методом. Это заслуживает внимания.

Я позволю себе резюмировать сказанное.

Первичная хирургическая обработка огнестрельных ран, производимая даже в оптимальные сроки опытным хирургом, в большом числе случаев не может быть признана исчерпывающей. В течение ближайших дней в ране обнаруживаются изменения, требующие дополнительных мероприятий. Поэтому в последующем необходима ревизия раны, носящая характер диагностического исследования ее. Ревизия раны нередко приводит к вторичной хирургической обработке; воспалительные явления в ране, развивающиеся к этому времени, не препятствуют ей. Применение сульфамидов при этом благодетельно.

При таком лечении обеспечивается наилучшее и наискорейшее заживление раны, уменьшается число незаживающих ран, остеомиэлитов и вторичных кровотечений, создаются благоприятные условия для применения вторичных швов и различных методов сближения краев раны в наиболее ранние сроки.

Майор медицинской службы доц. И. Л. КРУПКО

К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ КОНТРАКТУР ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Как известно, ни мышца, ни сухожилие не регенерируют. Дефект их замещается рубцом. Но рубец мышцы или сухожилия не является абсолютным препятствием для их нормальной функции. При замещении рубцом значительного дефекта мышцы ее функция страдает далеко не в такой степени, как можно бы ожидать, исходя из величины рубца.

Это становится понятным, если вспомнить анатомическое строение некоторых мышц человека и, в частности, прямой мышцы живота. Наличие поперечных сухожильных прослоек, которые до известной степени могут быть сравнены с рубцом, не служит препятствием для ее нормальной работы.

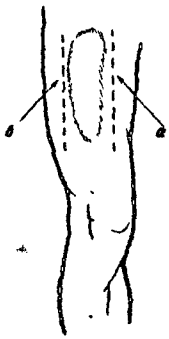
При рубце мягких тканей, спаянном с подлежащей костью, образуется «третья точка» прикрепления мышц, которая служит механическим препятствием для активных и пассивных движений в суставе. Но и в этом случае нет оснований к иссечению рубца для устранения контрактуры, явившейся результатом образования третьих точек, тем более что это не всегда возможно и технически просто.

Необходимо в этих случаях устранить «третью точку», другими словами, отделить рубец от кости.

Разрез производится в пределах неизмененных тканей. От кости рубец отделяют ножом или лопаточкой Буяльского. После отделения рубца контрактура сустава часто тут же устраняется.

Однако в ряде случаев контрактура хотя и уменьшается, но не может быть полностью ликвидирована, что связано с развитием вторичных морфологических изменений в суставах и сухожильных влагалищах мышц. В этих случаях потребуются дополнительные мероприятия в виде ванн, лечебной физкультуры, механотерапии.

Разрез лучше всего производить параллельно рубцу по длиннику конечности (см. рисунок, *а*, *б*).



Если топографически это невозможно, то делают разрез, проходящий косо к поперечному сечению конечности.

После операции конечность иммобилизуют гипсовой шиной в положении, максимально уменьшающем контрактуру.

Дозированные активные движения в суставе начинают со второго дня, что особо важно для предупреждения повторного образования «третьей точки». Ко дню снятия швов (на 7—9-й день) движения в суставе должны быть доведены до максимума, если к тому нет специальных противопоказаний.

Нами произведено свыше десятка подобных операций с неизменным успехом[1].

Больной К., сержант. *Ранен* 21.I.1942 осколком снаряда. При осмотре 17.V.1942 установлен рубец 12 × 3 см на границе средней и нижней трети правого бедра по задней поверхности, неподвижный, спаянный с подлежащими тканями. На передней поверхности средней трети бедра подвижный рубец 3 × 1 см. Пассивные движения в коленном суставе в пределах 100—80—20°. Атрофия мышц бедра и голени. Потеря болевой кожной чувствительности в области стопы и нижней трети голени. Активное сгибание в коленном суставе отсутствует.

Диагноз: рубцовая сгибательная контрактура правого коленного сустава. Повреждение седалищного нерва.

Операция 20.V.1942. Местная анестезия 0,5% Sol. Novocaini 70,0. Разрез мягких тканей параллельно рубцу длиной около 14 см. Кожа, подкожная клетчатка и мышцы спаяны в один общий конгломерат, припаянный к бедренной кости. С помощью ножа и лопаточки Буяльского рубец отделен от кости. Швы на мягкие ткани и кожу. На операционном столе разгибание в коленном суставе доведено без насилия до 160°. Гипсовая лонгета. Через 2 дня начаты движения разгибания в коленном суставе. К 10-му дню после операции угол разгибания в коленном суставе доведен до 173°, а еще через 23 дня разгибание в коленном суставе в пределах 180°; пассивное сгибание до 45°.

---

[1] От редакции. Предложение И. Л. Крупко представляет практический интерес. Автор указывает одно из простейших мероприятий по восстановительной хирургии. Необходимо, однако, иметь в виду, что рекомендуемый автором метод не является универсальным, пригодным во всех случаях рубцовых контрактур.

★

Полковник В. КРАСКЕВИЧ

ОБРАЗЦОВО ПОСТАВИТЬ ПАРТИЙНОЕ ХОЗЯЙСТВО В ГОСПИТАЛЯХ

Наша партия и правительство проявляют величайшую заботу о сохранении жизни и трудоспособности воинов Красной Армии, получивших ранения на фронтах Великой отечественной войны. Санитарная служба Красной Армии и лечебные учреждения НКЗдрава СССР ведут очень большую и ответственную работу. Многие тысячи красноармейцев, сержантов и офицеров после излечения возвращаются в строй и продолжают громить фашистских захватчиков. Значительная часть раненых бойцов, уволенных из Красной Армии по инвалидности, восстановив трудоспособность, вливается в промышленность и сельское хозяйство и в тылу кует оружие для обеспечения полной победы над врагом.

Врачи, средний и младший медицинский персонал самоотверженно отдают все свои силы делу сохранения жизни и здоровья воинов Красной Армии. Большую работу проводят также политические работники и партийные организации лечебных учреждений. Они мобилизуют медицинский и обслуживающий персонал на образцовое выполнение служебных обязанностей и организуют политико-воспитательную и культурную работу среди раненых.

Однако в партийно-политической работе в лечебных учреждениях имеется немало серьезных недочетов. Особенно существенны недостатки в партийном хозяйстве.

Порядок в партийном хозяйстве — важнейшая гарантия чистоты рядов партии. Малейшие нарушения этого порядка тяжело отражаются на судьбе членов и кандидатов ВКП(б) — раненых бойцов и офицеров Красной Армии. Между тем некоторые политические и партийные работники госпиталей не понимают огромного значения этих вопросов, относятся к партийному хозяйству как к обычной технической работе, передоверяют ведение его случайным людям.

Важнейшим участком партийного хозяйства является, как известно, учет коммунистов. Главное политическое управление Красной Армии возложило эту работу в госпиталях НКО, НКЗдрава СССР и ВЦСПС на заместителей начальников госпиталей по политчасти.

Заместители начальников госпиталей по политчасти обязаны немедленно брать на учет всех коммунистов, прибывающих на излечение, и принимать от них на хранение партдокументы. Основанием для принятия на учет может служить только партбилет или кандидатская карточка. Коммунисты, не имеющие на руках партдокументов, на учет не принимаются.

При принятии на партийный учет заместитель начальника госпиталя по политчасти проверяет подлинность партдокумента. При этой проверке необходимо обратить внимание, нет ли в партбилете или кандидатской карточке каких-либо исправлений, подчисток или надписей, проверить фотокарточку, печать и уплату членских взносов. После проверки партдокумента следует записать в книгу учета фамилию, имя и отчество коммуниста, номер партбилета или кандидатской карточки, время приема в партию, воинское звание, наименование части и соединения, откуда прибыл больной, и дату прибытия в госпиталь. При приеме на хранение партдокумента выдается квитанция за подписью заместителя начальника госпиталя по политчасти, скрепленная печатью госпиталя.

При выбытии коммуниста заместитель начальника госпиталя по политчасти отмечает в книге учета, куда убывает коммунист, и дату выбытия. Одновременно под расписку в квитанционной книге выдается партдокумент. Квитанция отбирается.

Ежемесячно заместитель начальника госпиталя по политчасти представляет в обслуживающий политотдел отчет о количестве коммунистов, находящихся на излечении. В отчете указывается, сколько членов и кандидатов партии за отчетный месяц прибыло в госпиталь на излечение, сколько членов и кандидатов партии выбыло в парторганизации Красной Армии и сколько — в гражданские. Перед составлением отчета необходимо провести тщательную проверку наличия коммунистов.

Все эти требования по учету коммунистов известны и должны точно выполняться лично заместителем начальника госпиталя.

Однако данные, которыми располагает Главное политическое управление Красной Армии, показывают, что в ряде госпиталей учет раненых коммунистов поставлен очень плохо. В некоторых же госпиталях он вообще отсутствует. При одной проверке было установлено, что ряд госпиталей НКЗдрава и ВЦСПС, расположенных на территории Московской области и находившихся в ведении ФЭП (начальник политотдела подполковник Гомазков), в течение 2 лет не представляли в политорганы данных о наличии коммунистов, находящихся на излечении.

Особенно плохо поставлен учет коммунистов, убывающих после лечения в гражданские парторганизации. Например, вовсе не представляли этих данных многие заместители начальников госпиталей, обслуживаемых политотделом Облвоенкомата Татарской АССР.

Запущенность учета коммунистов, находящихся на излечении в госпиталях, а также убывающих после излечения в гражданские парторганизации, мешает политорганам правильно распределять партийные силы, создает противоречие между данными политорганов и райкомов ВКП(б) о количестве коммунистов, убывших в гражданские парторганизации, и количеством коммунистов, фактически принятых на учет райкомами ВКП(б). Таким образом, вносится путаница в партийный учет вообще. Невнимание к учету коммунистов со стороны заместителей началь-

ников госпиталей по политчасти подчас может создать обстановку, позволяющую чужим людям примазываться к партии.

Особенно благоприятная обстановка для использования партдокумента проходимцами и даже врагами и шпионами может создаться в результате безответственного отношения к партбилетам и кандидатским карточкам раненых коммунистов в пунктах оказания первой помощи и на этапах санитарной эвакуации.

Можно привести примеры, когда раненый коммунист, придя в сознание в медсанбате или госпитале, обнаруживал, что его обмундирование, а с ним и все документы пропали.

Помимо утраты партдокументов на пунктах оказания первой помощи, нередки случаи утраты их во время пересылки по этапам санитарной эвакуации вслед за убывшим раненым коммунистом. Есть немало случаев утери принятых на хранение партдокументов заместителями начальников госпиталей по политчасти.

Например, заместитель начальника N-ского госпиталя погасил кандидатскую карточку одного выписанного товарища как умершего. Майор Редько выдал партдокумент одного товарища другому. Подчас партдокументы не выдаются на руки выздоровевшим коммунистам, убывающим из госпиталя в части. Так, из госпиталя, где заместителем начальника по политчасти майор Мусин, за короткий срок выбыли, не получив партдокументов, 8 коммунистов, из госпиталя, где заместителем начальника по политчасти майор Николаев, — 3 коммуниста и т. д.

Политическая беспечность некоторых работников, в том числе и медицинских, оказывающих первую помощь раненым и не принимающих необходимых мер к сохранению их документов, особенно партийных, может облегчить происки врага.

Сотни тысяч героев Великой отечественной войны своим беспримерным мужеством, своей кровью добились права носить высокое звание члена коммунистической партии. Они считают за великую честь итти в бой коммунистами, они гордятся партдокументом, полученным нередко на поле боя. Товарищ Сталин в одном из своих выступлений указывал, что для члена партии вопрос его партийности — вопрос жизни и смерти. Утрата партдокумента ставит под сомнение партийность члена или кандидата ВКП(б).

Какую же глубокую трагедию переживают эти товарищи, когда из-за безответственности отдельных людей они лишаются своего партдокумента.

Забота о сохранении партдокументов раненых — святая обязанность заместителей командиров по политчасти лечебных учреждений всех видов. Они обязаны привлечь к этому делу внимание парторганизаций, всех коммунистов и всех медицинских работников, соприкасающихся с документами раненых.

Учитывая, что особенно часто партдокументы теряются вместе с обмундированием, снятым во время оказания раненому первой помощи, нужно обмундирование тщательно проверять. Для этого следует выделить специальных, заслуживающих доверия людей.

Все подобранные и сданные на хранение партдокументы регистрируются в особых книгах и находятся на хранении в сейфах или железных ящиках у заместителя начальника госпиталя по политчасти.

В тех случаях, когда партдокумент невозможно по каким-либо причинам вручить эвакуируемому раненому, его следует секретной почтой отправить на хранение в Свердловск, в Политуправление Уральского военного округа, начальнику отделения учета коммунистов Главного политического управления Красной Армии. В сопроводительной указывается, при каких обстоятельствах партдокумент попал в госпиталь и почему он пересылается на хранение.

Заместитель начальника госпиталя по политчасти должен быть готовым в любую минуту разъяснить раненому товарищу интересующие его вопросы о партийности, связанные либо с утратой партдокументов, либо с неполучением таковых при принятии в ВКП(б).

Обычно вопрос о партийности товарища, оставшегося без партдокумента, может решаться только после выписки из госпиталя парторганизацией части по месту службы или в райкоме по месту жительства. До этого можно лишь проверить, не поступил ли партбилет на хранение в отделение учета коммунистов организационно-инструкторского отдела Главного политического управления Красной Армии. При запросе нужно указать номер утерянного партбилета или кандидатской карточки, фамилию, имя и отчество, кем и когда принят в партию, где и когда получил партбилет, где состоял на партийном учете до войны и во время Отечественной войны, в каком соединении и части служил во время утраты партдокумента и обстоятельства этой утраты. Без таких данных розыск партдокумента крайне затруднен, а иногда и невозможен. Партдокументы в личный адрес владельца или на полевую почту не высылаются. Поэтому с ходатайством о высылке партдокумента нужно обращаться через политотдел или райком ВКП(б).

В том случае, если партдокумент на хранение в Свердловск не поступал, товарищ, выписавшись из госпиталя, должен обратиться с заявлением либо в политотдел по месту службы, либо в райком ВКП(б) по месту работы. Следует иметь в виду, что, согласно постановлению ЦК ВКП(б), райкомы ВКП(б) рассматривают вопрос о партийности только тех коммунистов, партдокументы которых утеряны в связи с ранением.

Коммунисты же, утерявшие партдокументы при других обстоятельствах (в плену, в окружении, во время пребывания на оккупированной врагом территории) и уволенные из Красной Армии, должны обращаться с заявлениями в политотделы при облвоенкоматах или в парткомиссии при политуправлениях округов.

Лица, утерявшие партдокументы во время пребывания на оккупированной врагом территории еще до призыва в армию, обращаются в обком ВКП(б) тех областей, где они состояли на партийном учете.

Точно так же нужно разъяснить и товарищам, принятым в партию, но не получившим партдокумента. Дела принятых в партию парткомиссиями и выбывших из войскового соединения до получения партдокументов высылаются на хранение в тот же адрес, что и партдокументы. Оттуда они могут быть высланы также только по запросам политорганов или райкомов ВКП(б). Поэтому каждый товарищ, закончивший лечение и прибывший к месту службы или постоянного жительства, должен обратиться в политотдел или райком ВКП(б) с просьбой, чтобы его дело по приему в партию запросили из Свердловска. При этом обязательно нужно указывать фамилию, имя, отчество, когда и в каком войсковом соединении товарищ принят в партию.

Многие товарищи, утерявшие партдокументы, обращаются лично в различные партийные инстанции с просьбой подтвердить их партийность. Нужно помнить, что все учетные карточки членов и кандидатов ВКП(б), служащих в Красной Армии, находятся на хранении в Свердловске в отделении учета коммунистов Главного политического управления Красной Армии, и только оно может подтвердить партийность того или иного товарища. Поэтому со всеми подобными запросами нужно обращаться в Свердловск.

Подтверждение партийности, так же как и партдокументы и дела по приему в партию, высылается только в адрес политотделов и райкомов ВКП(б).

В запросе о подтверждении партийности нужно обязательно указывать полностью фамилию, имя и отчество, год рождения, время вступления в партию, номер партдокумента, кем и когда он выдан, где данный товарищ состоял на постоянном партийном учете до Отечественной войны и во время войны. К запросу обязательно прилагать фотокарточку с личной подписью владельца.

Некоторые товарищи не помнят номера утерянного партдокумента. Между тем без указания номера партдокумента подтвердить партийность практически невозможно, так как учетные карточки хранятся в порядке строгой нумерации; кроме того, бывает много однофамильцев. Поэтому, прежде чем запрашивать партдокумент, нужно точно установить его номер путем запросов в райкомах ВКП(б) и в политорганах, где товарищ состоял на партийном учете, по личным делам или анкетам, которые где-либо составлялись на данного товарища, или каким-либо другим способом.

Заместители начальников госпиталей по политчасти должны понять, что дело учета коммунистов, дело хранения партдокументов, а также и помощь им в розыске утраченных партдокументов — далеко не техническая работа. Эти вопросы непосредственно связаны с партийной бдительностью, с судьбой членов и кандидатов партии, в боях с фашистскими захватчиками, своим беззаветным мужеством и самоотверженным выполнением воинского долга воодушевляющих наших воинов на новые победы, на полный разгром гитлеровской Германии.

★

Подполковник медицинской службы Н. И. АЛЕКСАНДРОВ

ст. научн. сотр. Н. Е. ГЕФЕН

О СУЩНОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ IN VIVO БАКТЕРИОФАГА, АНТИВИРУСА И „ПОЛНОГО АНТИГЕНА" МИКРОБОВ[1]

Специфическая терапия инфекционных заболеваний с использованием различных бактериологических препаратов прошла длинный исторический путь развития и оформилась в виде трех основных методов: вакцинотерапии, антивирусотерапии и фаготерапии.

В отношении применения на практике каждого из этих методов накоплен большой фактический материал, который с несомненностью указывает на рациональность этих методов и целесообразность их дальнейшего применения.

Наиболее старым из трех указанных методов является метод вакцинотерапии. Начало его относится к открытию и применению иммунизации, к периоду расцвета специфических лечебных сывороток и вакцин.

Основоположник метода вакцинотерапии Райт (Wright) исходил в обосновании метода из гомеопатического принципа, а также из признания строгой специфичности вакцинотерапии. Однако дальнейшие наблюдения привели к возникновению неспецифической бактериотерапии и протеинотерапии.

Разочарование, пришедшее на смену увлечению неспецифической бактериотерапией, вновь направило исследователей на поиски специфических средств, действующих непосредственно на возбудителя инфекции. Весьма обнадеживающие в этом отношении примеры давала молодая развивающаяся хемотерапия, главной задачей которой являлось систематически изыскивать лечебные средства, направленные специфически против болезнетворных возбудителей.

Лечебная медицина в то время еще находилась в стадии увлечения бактериологическими идеями, когда организм больного совершенно игнорировали. В такой период развития лечебной медицины предложенные один за другим методы (1917—1918) антивирусотерапии (Безредка) и фаготерапии (д'Эррель) были встречены с энтузиазмом, а соответствующие им теории нашли широкое сочувствие.

---

[1] Ввиду того что в публикуемой статье авторы подвергают обсуждению интересную научную проблему, редакция просит читателей журнала высказаться и сообщить материалы, касающиеся затронутого вопроса. Ред.

До сих пор каждый из указанных трех методов существует как вполне самостоятельный с отдельным для каждого из них препаратом и объяснением его терапевтической эффективности. Эффективность метода вакцинотерапии объясняется специфическим и неспецифическим раздражением. Эффективность метода антивирусотерапии объясняется действием гипотетического вещества, названного антивирусом, и, наконец, эффективность метода фаготерапии — действием особого литического агента, названного бактериофагом.

В настоящее время совершенно точно установлено, что антивирус и бактериофаг содержат не только те «факторы», которые дали название этим препаратам и установили их принципиальное различие. Помимо этих различных «факторов», оба препарата, являясь прежде всего микробными лизатами, содержат в себе и одинаковое вещество, представляющее «полный антиген» микробов. «Полный антиген» обязательно содержится и в препаратах, применяемых для вакцинотерапии, причем последние не имеют никаких других «факторов», которые могли бы объяснять их лечебно-профилактическое действие, принципиально совпадающее с действиями антивируса и бактериофага.

Содержание аналогичного вещества во всех рассматриваемых препаратах ведет к установлению все большего количества фактов, указывающих на совпадение и их биологического действия in vivo.

Оказалось, что антивирус и бактериофаг обладают не только терапевтическим, но и профилактическим действием, причем клиническая и эпидемиологическая практика эмпирически пришла к преимущественному использованию указанных препаратов с профилактической целью.

Механизм профилактического действия антивируса и бактериофага оказался идентичным механизму профилактического действия вакцин с той разницей, что инкубация иммунитета при применении микробных лизатов (бактериофаг и антивирус) значительно короче, чем при применении вакцин, состоящих из цельных микробных тел. Объясняется это тем, что иммунизирующее вещество, находящееся в теле микробов («полный антиген»), только тогда вступает в действие, когда тела микробов подвергнутся разрушению (лизису), что в организме человека происходит не сразу, но в течение некоторого времени.

В этом отношении применение с терапевтической целью антивирусов и бактериофагов является более рациональным, чем применение вакцин, особенно при острых инфекциях. Клиническая практика, опять-таки часто эмпирически, пришла к признанию этого положения наряду с признанием необходимости возможно более раннего применения каждого из указанных препаратов и в рациональной дозе. Таким образом, уже многие из известных нам фактов с несомненностью указывают, что в биологическом действии всех рассматриваемых препаратов ведущая роль принадлежит единому содержащемуся в них фактору — «полному антигену», а не тем гипотетическим субстанциям, каковыми были и продолжают оставаться антивирус и бактериофаг.

Между тем этому ведущему фактору вплоть до самых последних лет не придавалось никакого значения в объяснении сущности биологического действия препаратов, ибо существовало убеждение, что все сводится к бактериостатическому или бактериолитическому действию указанных гипотетических факторов.

Такое убеждение поддерживалось весьма демонстративными данными, закономерно получающимися в экспериментах, воспроизводимых in vitro.

Отсюда делались обобщающие заключения, что и in vivo препараты действуют точно таким же образом, т. е. по аналогии с картиной, наблюдаемой в пробирке: или задерживают рост микробов (антивирус), или вызывают их лизис (бактериофаг).

В настоящее время с несомненностью установлено вакцинирующее, иммунизирующее действие антивируса, и весь накопленный опыт практического применения его в клинической и эпидемиологической практике говорит лишь о том, что этому действию и принадлежит главнейшая, если не единственная, роль.

Бактериофаг также представляет собой препарат комплексной природы.

При практическом применении его в клинической и эпидемиологической практике также возникает вопрос: что относится за счет его специфической sterilisatio in vivo и что за счет иммунизирующего действия продуктами бактериального лизиса? Согласно мнению д'Эрреля, излечение инфекционных заболеваний происходит в результате действия бактериофагов на их возбудителей. Он предполагал, что, помимо эндогенного (гуморального и целлюлярного) иммунитета, существует еще экзогенный иммунитет, обусловленный бактериофагом, уничтожающим патогенных возбудителей. Развивая свою теорию далее, д'Эррель считал, что движение эпидемических заболеваний есть в конечном счете «лишь последовательно возобновляющаяся борьба между патогенными бактериями и бактериофагом, который, подобно бактериям и часто вместе с ними, передается от человека человеку» (д'Эррель). Однако такое представление о действии бактериофага in vivo явно не согласуется с накопившимися к настоящему времени фактами. Так, например, возбудители инфекций и в объектах внешней среды, и в организме человека и животных прекрасно уживаются со специфически действующими в отношении них бактериофагами.

Попытки стерилизации бактериофагом бациллоносителей не удались. Несомненно, что мнение о бактериофаге как о стерилизующем факторе не соответствует действительности. Накопилось огромное количество данных, которые указывают, что эффект фагопрофилактики и фаготерапии может быть отнесен за счет вакцинирующего, иммунизирующего действия микробных лизатов (фаголизатов). Таким образом, и при бактериофаге, так же как при антивирусе, с несомненностью устанавливается его вакцинирующее, иммунизирующее действие, а весь опыт практического применения бактериофага в клинической и эпидемиологической практике подтверждает лишь, что этому действию и принадлежит, повидимому, главнейшая роль.

Отсюда возникает кардинальной важности вопрос: может ли оставаться в силе наше представление о методах вакцинотерапии, антивирусотерапии и фаготерапии? Имеется ли достаточно оснований для дальнейшего строгого разделения их в теоретическом и практическом отношении?

Решение этого важнейшего вопроса возможно лишь при последовательном, систематическом изучении динамики и сущности биологического действия in vivo препаратов антивируса и бактериофага, а также некоторых продуктов лизиса соответствующих возбудителей.

Приступив к таковому изучению, мы уже в первых ориентировочных опытах получили чрезвычайно интересные результаты. Последние нуждаются, правда, в дальнейшем уточнении и проверке, но с этой оговоркой мы считаем все же возможным представить их на рассмотрение. Мы изучили сущность биологического действия ряда бактериологических препаратов в сравнительных параллельных опытах in vivo. Изучению подвергались холерный и дизентерийный бактериофаги per se, те же бактериофаги, но с инактивированным (нагреванием) литическим агентом, флекснеровский дизентерийный антивирус, наконец, липоидо-полисахаридные антигены, извлеченные из холерного вибриона и из микробов дизентерии Флекснера по методу Райстрика-Топли.

Результаты наших опытов представлены в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Чем и как иммунизированы мыши	Через какое время после иммунизации производилось заражение мышей	Каким количеством микробов производилось заражение мышей	Количество мышей, взятых в опыт	Пало	Выжило	% выживших
Холерный бактериофаг путем искусственного скармливания ежедневно, 3 дня подряд, в дозе 0,15—0,2 см³	24 часа после третьей иммунизации	500 млн. холерных вибрионов штамма № 16	14	3	11	78
		1 млрд. холерных выбрионов штамма № 16	15	12	3	20
Тот же бактериофаг, но с убитым (нагреванием) литическим агентом; путем искусственного скармливания ежедневно, 3 дня подряд в дозе 0,15—0,2 см³	24 часа после третьей иммунизации	500 млн. холерных вибрионов штамма № 16	13	4	9	69
		1 млрд. холерных вибрионов штамма № 16	14	10	4	28

Чем и как иммунизированы мыши	Через какое время после иммунизации производилось заражение мышей	Каким количеством микробов производилось заражение мышей	Количество мышей, взятых в опыт	Пало	Выжило	% выживших
Раствор (1 : 100) липоидо-полисахаридного антигена, извлеченного из холерного вибриона; путем искусственного скармливания ежедневно, 3 дня подряд, в дозе 0,15—0,2 см³	24 часа после третьей иммунизации	500 млн. холерных вибрионов штамма № 16	13	4	9	69
		1 млрд. холерных вибрионов штамма № 16	14	5	9	64
Контроль (свежие неиммунизированные мыши)		500 млн. холерных вибрионов штамма № 16	6	2	4	67
		1 млрд. холерных вибрионов штамма № 16	6	6	0	0

Примечание. Заражение мышей во всех случаях производилось внутрибрюшинно.

Таблица 2

Чем и как иммунизированы мыши	Через какое время после иммунизации производилось заражение мышей	Количество микробов Флекснера, которым производилось заражение мышей	Количество мышей, взятых в опыт	Пало	Выжило	% выживших
Дизентерийный бактериофаг per os; путем однократного искусственного скармливания в дозе 0,15—0,2 см³	24—26 часов	500 млн.	13	3	10	77
		1 млрд.	12	5	7	58
	48—50 „	500 млн.	26	9	17	65
		1 млрд.	28	15	13	46
Тот же бактериофаг с убитым нагреванием литическим агентом; путем однократного искусственного скармливания в дозе 0,15—0,2 см³	24—26 „	500 млн.	13	0	13	100
		1 млрд.	15	8	7	54
	48—50 „	500 млн.	14	1	13	93
		1 млрд.	13	2	11	85

Чем и как иммунизированы мыши	Через каков время после иммунизации производилось заражение мышей	Количество микробов Флекснер 286, которым производилось заражение мышей	Количество мышей, взятых в опыт	Пало	Выжило	% выживших
Дизентерийный антивирус; путем однократного искусственного скармливания в дозе 0,15—0,2 см³	24—26 часов	500 млн.	13	3	10	77
		1 млрд.	13	6	7	54
	48—50 „	500 млн.	25	11	14	56
		1 млрд.	26	10	16	61
Раствор (1 : 50) липоидо-полисахаридного антигена, извлеченного из микробов дизентерии Флекснера; путем однократного искусственного скармливания в дозе 0,15 см³	24—26 „	1 млрд.	10	7	3	30
		2 „	12	8	4	33
	48—50 „	500 млн.	12	1	11	92
		1 млрд.	13	1	12	92
Контроль (свежие неиммунизированные мыши)		500 млн.	12	8	4	33
		1 млрд.	12	10	2	17

Примечание. Заражение мышей во всех случаях производилось внутрибрюшинно.

Проведенные нами опыты показали, что в экспериментах in vivo все испытанные бактериологические препараты обладают сходным действием. Все они оказались обладающими специфической вакцинирующей способностью, причем полисахаридно-липоидные антигены, не содержащие микробного белка, обладают только этой способностью, тогда как бактериофаги и антивирусы обладают также за счет содержащегося в них микробного белка и сенсибилизирующей способностью. Короткая инкубация иммунитета, установленная при всех испытанных препаратах, оправдывает применение антивирусов и бактериофагов не только с профилактической, но и с терапевтической целью, и в последнем случае делает совершенно понятным как успех в случае раннего применения этих препаратов, так и неудачи при более позднем их применении.

Значение всех приведенных выше данных трудно переоценить; они коренным образом меняют наше представление о сущности как самих бактериологических препаратов, применяемых в настоящее время для специфической профилактики и терапии инфекционных заболеваний, так и их биологического действия при применении с терапевтической или профилактической целью.

До сих пор в оценке действия указанных препаратов мы исходили из безоговорочного признания тех теоретических положений,

которые были первоначально выдвинуты авторами методов: Райтом, Безредка и д'Эррелем. Положения эти сыграли роль рабочих гипотез, но в настоящее время они не в состоянии уже объяснить многие факты первостепенной важности.

На практике это ведет к фатальным последствиям и в области применения рассматриваемых бактериологических препаратов, и в области их производства. Это приводит к разрыву между теорией и практикой в дальнейшей разработке и рационализации методов специфической профилактики и терапии инфекционных заболеваний. Единственным критерием качества бактериофагов, например, до сих пор является степень их литической активности, что едва ли выдерживает критику. Вне теснейшей связи с эпидемиологией и клиникой вакцинно-сывороточное дело становится выхолощенным и бескровным. Еще более тяжелыми последствиями чревата недостаточная связь его с иммунологией.

Иммунология снова встала на путь прогрессивного развития и, установив еще более тесный контакт с химией, физиологией и общей патологией, добилась крупных успехов. Сюда прежде всего относятся работы по изучению антигенных и иммуногенных свойств свежевыделенных и старых лабораторных штаммов, работы по изучению в аналогичном направлении S- и R-форм, специфических и неспецифических микробных антигенов и т. д.

Эти научные достижения иммунологии очень мало отразились на вакцинно-сывороточном производстве.

Не умаляя значения унаследованных от прошлого времени теорий и воззрений, коими руководствуется вакцинно-сывороточное дело, мы все же считаем, что передовая советская наука должна чувствовать себя свободной от влияния «авторитета имен» и «узаконенных временем взглядов». Советская наука вправе «позволить себе ревизию всего того, что ею получено в качестве наследия от прошлого» (д'Эррель).

Только свободная и не суженная никакими канонизированными теориями критика существующих методов специфической профилактики и терапии инфекционных заболеваний, а также препаратов, предназначенных для этой цели, может устранить наметившийся в этой области разрыв между теорией и практикой. Лишь такая критика в состоянии направить теорию и практику на тот путь взаимосвязи и развития, который только и обеспечивает успех.

Настоящая работа представляет опыт критического изучения некоторых методов специфической профилактики и терапии инфекционных заболеваний с точки зрения современных познаний в области теории и практики. Собственные исследования в ней касаются лишь дизентерийного и холерного бактериофагов, дизентерийного антивируса и соответствующих им липоидо-полисахаридных антигенов. В настоящее время мы исследуем другие аналогичные препараты, в частности, препараты, применяемые при раневых инфекциях.

На основании изложенного в настоящем сообщении можно сделать следующие выводы.

1. Вопрос о сущности биологического действия in vivo антиви-

русов и бактериофагов имеет не только теоретический интерес, но и большое практическое значение.

2. Мнение о том, что сущность биологического действия антивирусов и бактериофагов in vivo по аналогии с опытами in vitro сводится к бактериостатическому (антивирус) или бактериолитическому (бактериофаг) действию, не подтверждено достаточным фактическим материалом.

3. При изучении огромного фактического материала, накопившегося в области практического применения антивирусов и бактериофагов, большой принципиальной разницы в их действии не устанавливается. Больше того, здесь совершенно определенно устанавливается далеко идущая аналогия, которую нельзя объяснить, не допустив предположения, что все они имеют какую-то общую causa etiologica efficiens, которая объясняла бы соответствующие клинические и эпидемиологические наблюдения.

4. В настоящее время совершенно точно установлено, что антивирус и бактериофаг содержат не только те факторы, которые дали названия этим препаратам и установили их принципиальное различие. Помимо этих различных факторов, оба препарата, являясь прежде всего микробными лизатами, содержат и одинаковое вещество, представляющее «полный антиген» микробов. Последний, повидимому, и обусловливает сущность биологической эффективности препаратов, применяемых при вакцинотерапии, антивирусотерапии и фаготерапии, в чем убеждают как результаты собственных экспериментальных исследований, так и критическое изучение материалов, накопленных в области применения указанных методов в клинической и эпидемиологической практике.

★

Генерал-лейтенант медицинской службы проф. Н. Н. ЕЛАНСКИЙ

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ И МЕТОДИКЕ НАЛОЖЕНИЯ И ВЫСУШИВАНИЯ ГИПСОВЫХ ПОВЯЗОК В УСЛОВИЯХ ХППГ И ЭВАКОГОСПИТАЛЕЙ

Широкое применение больших циркулярных гипсовых повязок при огнестрельных ранениях с переломами длинных трубчатых костей потребовало устройства специальных приспособлений для удобного наложения и быстрого высушивания гипсовых повязок.

Эти приспособления одинаково необходимы как для хирургических полевых подвижных госпиталей, так и для сортировочных и общехирургических эвакогоспиталей армейского и ближайшего фронтового тыла.

Для наложения гипсовых повязок в полевых условиях, а также и в условиях работы сортировочных и общехирургических эвакогоспиталей наилучшими являются цуг-аппараты и гипсовальные столы С. С. Юдина, а также столы, сконструированные майорами медицинской службы Разумовским и Тофило.

В гипсовой комнате необходимо иметь от 3 до 5 таких столов для беспрерывной работы одной-двух гипсовальных бригад. Это позволяет избегать задержки из-за укладывания и снимания раненых со столов и дает возможность оставить раненого на цуг-аппарате на 10—15 минут после наложения гипса до момента затвердения его. За это время может быть наложена следующая гипсовая повязка на втором столе, на третьем столе должен быть подготовлен третий раненый.

Для быстрого высушивания гипсовых повязок Разумовский предложил специальную печь-сушилку. Печь, сложенная из кирпича, имеет камеру-духовку, от которой отходят по бокам и вверх трубы. По этим трубам посредством дополнительных труб и колен подводится сухой и горячий воздух сверху и снизу к лежащему на деревянном решетчатом щите раненому в гипсовой повязке. С помощью такой печи можно за 6—8 часов высушить 3, а за сутки 10 больших гипсовых повязок.

Для увеличения пропускной способности сушилки майор медицинской службы Сонин сконструировал печь, позволяющую сушить одновременно 20—30 гипсовых повязок. В большой печи, сложенной из кирпича, находящейся в середине избы, проложены во взаимно перпендикулярных направлениях два ряда жестяных труб. Трубы эти открываются у поверхности печи отдушниками со всех четырех сторон печи. Нагретый в трубах воздух равномерно распределяется по всей палате, создавая в ней высокую температуру (50—55°.) При этом нет необходимости подводить трубы к самым

повязкам, так как гипс быстро высыхает и без этого. У стен комнаты (или избы) располагаются двухъярусные стояки для носилок со щитами, на которых сушат гипсовые повязки. Нижний ярус располагается на уровне 1 м от пола, верхний — на 0,5 м выше нижнего.

После наложения и затвердения гипсовой повязки раненого осторожно снимают с цуг-аппарата и кладут на решетчатый щит с носилками. На этом щите раненого переносят в палату-сушилку и вместе со щитом перекладывают на стояк для высушивания гипсовой повязки, устроенной по типу вагонных полок, но без настила. На упоры этих стояков укладывают деревянные решетчатые щиты (без носилок), на которых и происходит высушивание гипса.

Во избежание поломки сырой гипсовой повязки нельзя снимать раненого со щита до тех пор, пока гипс не высохнет совершенно; при перевозке раненых с гипсовыми повязками надо на носилки подкладывать доску или специальные щиты.

Очень удобна для высушивания гипсовых повязок печь, сконструированная в госпитале, где начальником полковник медицинской службы т. Грушко. Печь, предназначенная для палаты на 8—10 мест, представляет собой обыкновенную плиту. Обогревательная поверхность ее увеличена за счет двух широких жестяных дымоходов, делающих П-образный изгиб длиной в 2—3 м.

Температура в палате с такой печью поднимается до 55°. Большая гипсовая повязка высушивается за 6—8 часов.

Дополнительной вентиляции в палате-сушилке не требуется. Обычно бывает достаточно естественной вентиляции, имеющейся в каждом помещении.

Приведенные конструкции печей для сушки гипсовых повязок в полевых условиях являются только примерными образцами. Основная идея, вложенная в устройство палат для сушки, может быть разрешена самыми разнообразными способами.

Несомненно, что можно достигнуть таких же результатов в обыкновенных палатах и с печами из жести при увеличении нагревательной поверхности дымоходных труб. В последнем случае необходимо учитывать опасность пожара и принимать соответствующие меры.

★

Майор медицинской службы М. П. БОГОМЯКОВ

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИ ТЕКУЩИХ ЯЗВ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКОЙ

Применяя глухую гипсовую повязку при вяло заживающих язвах голеней и обширных пиодермиях в 32 случаях, мы получили полное заживление в 28 и значительное улучшение в 3 случаях. После обработки поля 5% иодной настойкой, очистки язвы (механической и 3% перекисью водорода) последнюю засыпали белым стрепто-

цидом и накладывали глухую гипсовую повязку на 7—10—14 дней. Если заживление в этот срок не наступало, описанная процедура повторялась.

При выраженных воспалительных явлениях, пиодермиях хорошие результаты получались от применения эмульсии следующего состава:

Streptocidi rubri 0,9
Picis liquidi 4,0
Rivanoli 0,5
Xeroformii . . . . . 2,0—3,5
Mentholi 0,5
Ol. Jecor. Aselli 50,0
Перед употреблением взбалтывать

Компрессы, пропитанные этой эмульсией, накладывались на очаг воспаления и накрывались парафинированной бумагой. Повязка менялась один раз в сутки. По утихании воспалительных явлений (через 2—3 дня) накладывалась глухая гипсовая повязка.

★

В. Г. ДУБОВСКИЙ

ПРОГНОЗ КОНТРАКТУР

Мы в течение года проводили наблюдения над группой раненых с поражением верхних конечностей с ограничением более чем на одну треть угла движения в суставах без повреждения нервов (хирургического вмешательства не требовалось).

Распределение ранений по локализации и видам ранящего оружия было таково:

Локализация	Вид ранящего оружия			
	пули	осколки мин	осколки других снарядов	всего
Плечевой сустав	6	—	1	7
Плечо с повреждением кости . . .	8	10	3	21
Локтевой сустав	9	8	1	18
Предплечье с повреждением кости	54	28	4	86
Лучезапястный сустав	20	3	—	23
Кисть	56	26	15	97
Мягкие ткани верхней конечности	6	16	5	27
Всего . . .	159	91	29	279
В % . . .	57	33	10	

По характеру контрактуры были: рубцовые — 58, привычные — 56, комбинированные — 165.

Наибольшая эффективность функциональной терапии наблюдалась в период рубцевания ран и в первые две декады после обра-

зования рубца; позже трудность восстановления потерянной функции органа неуклонно возрастала.

К моменту заживления ран восстановление функции определилось только у 29,5%, в первые две декады после образования рубца — у 44,5%, в третью декаду — у 12,5%, в четвертую декаду — у 4,5%, в пятую декаду — у 7% и свыше пяти декад — у 2%.

Из этого видно, что нельзя спешить с прогнозом в отношении восстановления утерянной функции органов движения.

★

Подполковник медицинской службы В. П. БАРСУКОВ

К МЕТОДИКЕ ПЕРВИЧНОЙ ОБРАБОТКИ РАН

Проф. С. С. Юдин для успешного лечения огнестрельных переломов установил триаду: первичная радикальная обработка, сульфамидные препараты, глухой гипс; дренирование раны без тампонов достигается подшиванием глубоких мышц к коже, что обеспечивает зияние раны.

При операциях по поводу хронического огнестрельного остеомиэлита, при поздних резекциях суставов не всегда можно обеспечить зияние раны указанным методом.

В таких случаях мы несколько изменяем методику проф. С. С. Юдина.

При операциях по поводу хронических остеомиэлитов, гнойных артритов обычно приходится делать контрапертуры во избежание затеков. По окончании операции края операционной раны (глубокие ткани и кожа) прошивают толстым кетгутом и притягивают к краям контрапертуры, которые также прошивают. Если нет контрапертуры, то, отступя от края операционной раны и параллельно ей, наносят на кожу насечку и к этой небольшой ранке притягивают края операционной раны. Этим обеспечивается хорошее зияние раны и контрапертуры и является возможность наложить глухой гипс на длительное время.

К моменту снятия гипса раны заживают хорошим рубцом — никакого выворота кожи не происходит, так как кетгут обычно рассасывается к 14-му дню и кожа принимает обычное положение.

★

Майор медицинской службы И. Л. БОГДАНОВ

ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И СУЛЬФИДИНОПРОФИЛАКТИКЕ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОГО МЕНИНГИТА

Эпидемия менингита в войну 1914—1918 гг. захватила армии всех воюющих стран, нередко принимая характер крупных вспышек с очень высокой, доходившей до 40—50%, летальностью.

Врачи нередко недооценивают опасность появления в войсковой части даже единичного случая менингита на том основании, что эта инфекция отличается небольшой контагиозностью.

Широкое эпидемическое распространение менингита в войсковой части происходит при взаимодействии двух факторов: менингококконосительства и жилищной скученности.

Установлено, что если менингококконосительство среди членов коллектива достигает 10—20%, то следует ожидать возникновения заболеваний.

Переходу скрытого предэпидемического периода в открытый очень способствует приток в коллектив свежих людских пополнений.

Быстрота и степень распространения менингококконосительства целиком зависят от жилищной скученности.

Гордон, Хайн, Грифис установили, что в войсковой части, где кровати были расставлены на расстоянии 9 дюймов, носителей оказалось 30%, 1 фута — 20%, 1 фута 4 дюймов — 9—10%, 2 футов 4 дюймов — 5%, 3 футов — 2%.

Таким образом, степень рассеивания капельной инфекции обратно пропорциональна квадрату расстояния источника инфекции от восприимчивого субъекта.

Появление даже одного случая менингита в войсковой части должно служить грозным сигналом о возможном возникновении эпидемической вспышки и требует проведения комплекса предупредительных мероприятий.

Мы не располагаем эффективными средствами борьбы с менингококконосительством, которое в распространении менингита играет решающую роль. Полагаться на эффективность общепринятых дезинфекционных мероприятий при менингите нельзя, и средств активной иммунизации не имеется.

Как известно, сульфидин в лечении менингита занимает исключительное положение как препарат, обладающий высокой степенью специфичности в отношении менингококков.

Сульфидин и аналогичные ему препараты проявляют не только бактериостатическое, но, надо полагать, и бактерицидное действие. Сульфидин способен в течение 3—4 дней стерилизовать ликвор менингитных больных. Можно рассчитывать и на стерилизующее действие сульфидина в носоглотке менингококконосителей.

Учитывая эту весьма вероятную возможность, мы провели опыт сульфидинопрофилактики цереброспинального менингита в очаге менингококковой инфекции.

В начале 1942 г. в N-ском училище появилось заболевание менингитом. По изоляции больного и установлении диагноза в подразделении, где был больной, провели все необходимые мероприятия: повторную влажную дезинфекцию помещений, проветривание их, кипячение посуды. Исследование на менингококконосительство курсантов подразделения, неблагополучного по менингиту, оказалось почти безрезультатным, так как на 435 анализов был выявлен лишь один менингококконоситель, которого и изолировали.

Несмотря на своевременно проведенные предупредительные мероприятия, главным образом дезинфекционного порядка, заболевания продолжали выявляться, и в течение 3 недель заболело менингитом 5 курсантов. Заболевания наблюдались только в одном подразделении училища. Это подразделение курсантов с численным составом в 263 человека было размещено в двух смежных и совершенно не изолированных друг от друга больших, высоких светлых комнатах, оборудованных двухъярусными спаренными койками с промежутками между ними около 80 см.

Ввиду безуспешности общесанитарных мероприятий была проведена сульфамидная профилактика менингита.

Дача сульфидина с профилактической целью была проведена по следующей схеме: все курсанты (258 человек) того подразделения, где были выявлены заболевания менингитом, получали 2 дня подряд сульфидин по 0,5 два раза в день. Таким образом, на каждого курсанта израсходовано было по 2,0 сульфидина. После проведенной таким образом сульфидинопрофилактики ни одного случая заболевания менингитом в училище не было.

Позволительно предполагать, что сульфидин в данном случае проявил превентивное действие.

Позже мне удалось найти в литературе лишь одну работу о применении сульфидина с профилактической целью в очаге менингитной инфекции — Грея и Гер (1941).

В военном лагере в Натале при возникновении вспышки менингита в одной войсковой части авторы с успехом применили сульфидин с профилактической целью — по 2 таблетки три раза в день в течение 2 дней подряд. Из 70 солдат, среди которых было 17 менингококконосителей, после дачи сульфидина носителей уже не оказалось, в контрольной группе из 43 человек было выявлено 10 носителей.

Контагиозный индекс менингита равен всего лишь 0,5, т. е. менингит среди других капельных инфекций считается наименее заразным заболеванием. Но этот индекс широко варьирует при изменении эпидемиологических условий. При описанной небольшой вспышке менингита в N-ском училище контагиозный индекс оказался равным 1,8, т. е. почти в четыре раза больше среднего показателя.

★

Капитан медицинской службы П. П. ШИШАКОВ

ВРАЩАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА

Для разработки сгибания и разгибания тугоподвижного лучезапястного сустава и восстановления силы мышц предплечья предлагается аппарат простой конструкции, который может из доступного материала изготовить любой слесарь.

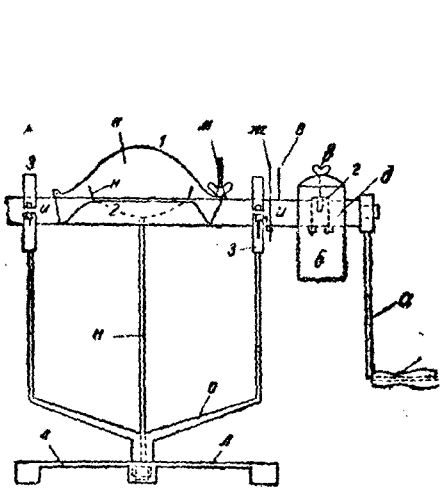


Рис. 1. М=1 : 4

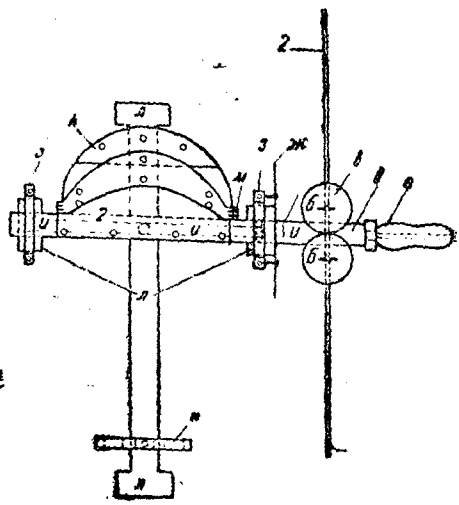


Рис. 2. М=1 : 4

Аппарат состоит из крестовины, рукоятки, вилки, оси со стрелкой, хомутика для кисти, шкалы, баланса и упора для предплечья. Устройство аппарата видно из чертежей (рис. 1 и 2).

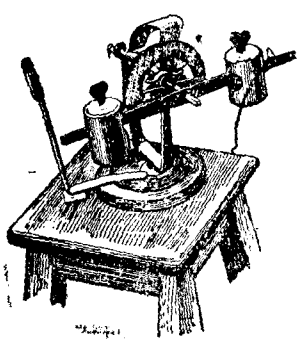


Рис. 3. Аппарат, смонтированный в полевых условиях, по чертежам 1 и 2

Разработка тугоподвижности лучезапястного сустава при помощи описанного аппарата производится путем упражнений сначала без груза, а затем с балансирующим и сопутствующим грузом. Нагрузка и продолжительность сеансов постепенно возрастают. Производятся также пассивные движения. Аппарат допускает точную дозировку нагрузки и фиксирует амплитуду движений в градусах. Доступно лечение в полевых условиях (рис. 3).

Г. Д. НОВИНСКИЙ

НОЖНИЦЫ КАК ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ ПРИБОР ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОТРЯСЕНИЯ МОЗГА

В практике каждого врача встречаются атипичные случаи сотрясения мозга. Такие больные, получившие травму черепа, часто не теряют сознания; жалобы их сводятся к головной боли и головокружению. Часто пульс у них нормальный, зрачки также бывают нормальные по размерам, с хорошей реакцией на свет.

Как отличить в этих случаях сотрясение мозга от простого ушиба головы?

В ряде случаев это бывает весьма затруднительно. Я предлагаю пользоваться пробой с простыми (нехирургическими) ножницами для диагностики сотрясения мозга даже в самых запутанных случаях.

По моим наблюдениям у лиц, перенесших сотрясение мозга, всегда наблюдается атаксия в руках при закрытых глазах, правда, часто нерезко и даже очень слабо выраженная.

Для выявления ее предлагаю пользоваться пробой с ножницами. Врач обыкновенно берет большие ножницы длиной не меньше 20 см, раскрывает их и предлагает больному держать их обеими руками за кольца ручек остриями вверх; оба кольцевидные окончания ножниц должны находиться на одном уровне. Затем больной должен при закрытых глазах сложить обе бранши ножниц. Нормальному человеку это удается очень легко, и ножницы принимают строго вертикальное положение. При сотрясении мозга нарушена координация в руках и поэтому при складывании обеих браншей при закрытых глазах ножницы принимают наклонное положение. Ввиду этого диагностика сотрясения мозга даже в самых запутанных случаях становится легкой (конечно, при учете всех других клинических данных).

★

Кандидат медицинских наук С. Е. КАГАН

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ЛОРПОМОЩИ В ТЫЛОВОМ ЭВАКОГОСПИТАЛЕ

За один год через наш госпиталь прошло большое количество раненых преимущественно с ранениями опорно-двигательного аппарата. Бойцы с прямыми огнестрельными ранениями ЛОРорганов в этот госпиталь, как не профилированный, а общехирургический, попадали только случайно. Среди раненых зарегистрировано 8,4% с повреждениями уха. Больше всего зарегистрировано непрямых травм внутреннего уха (контузий) — 7,3%, затем повреждений среднего уха — 0,9% и наружного уха — 0,2%.

Травмы верхних дыхательных путей отмечены в единичных случаях. Всего повреждения ЛОРорганов составляют около 8,5% от общего количества поступивших раненых. Заболевания ЛОРорганов отмечены у 14,9% всех поступивших, в том числе ушных больных 8,5% (с заболеваниями наружного уха — 0,1%, среднего уха — 6%, внутреннего уха — 2,4% к общему числу поступивших), больных с заболеваниями верхних дыхательных путей—6,4%.

За указанный период произведено свыше 30 небольших ЛОР-операций.

Очевидно, что ЛОРраненые и больные нуждаются в систематической специальной помощи. Между тем этот вид лечебной помощи во многих непрофилированных эвакогоспиталях, даже тыловых, до сих пор поставлен недостаточно широко сравнительно с другими специальностями, а в некоторых из них помощь эта совершенно отсутствует.

Для обеспечения ото-ларингологической помощью больных и раненых группы эвакогоспиталей нужно выделить консультанта-отоларинголога. В шести территориально недалеко друг от друга расположенных эвакогоспиталях я исполнял обязанности такого консультанта. Специальную помощь в этих госпиталях я организовал следующим образом.

Консультант посещает каждый госпиталь в установленное время, но не менее двух раз в неделю. В экстренных случаях лечащий или дежурный врач вызывает ЛОРспециалиста в любой час.

В каждом эвакогоспитале отведен специальный кабинет, соответственным образом оборудованный, оснащенный необходимым диагностическим ЛОРинструментарием, так как основное внимание приходится уделять ЛОРэкспертизе. Консультант ведет также санитарно-просветительную работу как среди больных с заболеванием ЛОРорганов, так и со средним медицинским персоналом для повышения его квалификации.

По каждому госпиталю по заранее выработанной форме и схеме ежемесячно представляется отчет о проделанной работе.

Я считаю, что ото-ларингологическую помощь больным и раненым нужно обеспечивать во всех эвакогоспиталях тыла, так как одно из важнейших условий правильного лечения раненых — организация специальных видов помощи. Без этой помощи мы не вернем бойцов в строй так скоро, как нужно.

★

Полковник медицинской службы С. П. ВОЛКОВ

САНИТАРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СТОРОЖЕВОГО ОХРАНЕНИЯ

Вопросы санитарного обеспечения сторожевого охранения до сих пор не были освещены на страницах нашей печати. В данной статье мы рассмотрим один из вариантов санитарного обеспечения усиленного стрелкового батальона, назначенного в сторожевой отряд.

По установленным нормам усиленный стрелковый батальон, назначенный в сторожевой отряд, получает полосу охранения шириной до 5 км.

Полоса охранения сторожевого отряда (усиленного стрелкового батальона) делится на ротные сторожевые участки, занимаемые сторожевыми ротами. Последние выставляют от себя сторожевые заставы, каждую в составе усиленного стрелкового взвода. Одна из сторожевых застав называется главной, остальные

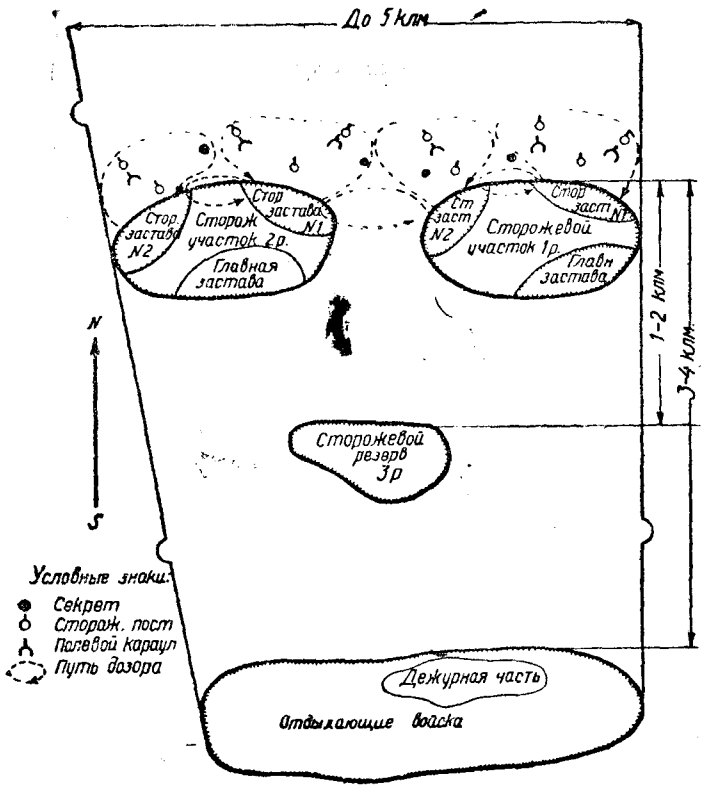


Рис. 1. Примерная схема расположения сторожевого отряда (усиленного стрелкового батальона)

заставы получают порядковую нумерацию. Сторожевая застава может получить полосу охранения по фронту до 1,5 км.

Линия сторожевых застав является передним краем оборонительного рубежа сторожевого охранения, она отстоит от отдыхающих войск в среднем на 3—4 км.

Сторожевые заставы выставляют полевые караулы силой до стрелкового отделения секрета и высылают дозорных, а для непосредственного охранения ядра заставы выставляют сторожевые посты. Удаление полевого караула от сторожевой заставы днем составляет до 600 м, ночью — до 200 м.

Полевые караулы выставляют сторожевые посты на удаление от ядра полевого караула днем до 100 м, а ночью и в условиях пониженной видимости до 50 м. Командир батальона обычно выделяет сторожевой резерв силой до роты и располагает его в 1—2 км за линией сторожевых застав. В тех случаях, когда сторожевой отряд получает полосу охранения до 5 км, ротные сторожевые участки могут не соприкасаться. В этом случае командир батальона для обеспечения стыка между ротными сторожевыми участками может использовать подразделения автоматчиков.

Такова в общих чертах организация сторожевого охранения в составе сторожевого отряда (рис. 1).

Таким образом, довольно значительная часть живой силы сторожевого отряда рассредоточена на обширной территории в виде небольших подразделений (отделение, взвод), не имеющих штатного медицинского состава (полевые караулы, заставы), и мелких групп по 2—3 бойца (сторожевые посты, секреты). В то же время в общей организации сторожевого охранения имеются места, где живая сила расположена более компактно — ядро в каждой сторожевой заставе, главные сторожевые заставы, сторожевой резерв. В этих местах компактного расположения живой силы, как правило, находятся и соответствующие органы управления, чем обеспечена возможность связи. Из этих общих положений мы можем сделать некоторые выводы в отношении санитарного обеспечения.

В сторожевые посты, секреты, дозоры и полевые караулы медицинский состав, естественно, не может быть выделен. Таким образом, в этих органах сторожевого охранения первая помощь при ранениях или поражениях БОВ должна осуществляться в порядке самопомощи и взаимопомощи. Поэтому мы особенно подчеркиваем необходимость тщательного и заблаговременного обеспечения личного состава подразделений, назначаемых в охранение, средствами для оказания самопомощи и взаимопомощи — индивидуальными и противохимическим пакетами — и тщательной подготовки личного состава в деле оказания самопомощи и взаимопомощи при ранении и поражении БОВ.

Очень важно в холодное время (не только зимой) снабдить химическими грелками бойцов в секретах и на некоторых сторожевых постах, несущих службу в более трудных условиях, чем другие.

В район расположения ядра номерных сторожевых застав мы считаем целесообразным выделить одно носилочное звено (2 санитара-носильщика). В этих носилочных звеньях следует одного из санитаров-носильщиков заменить санитаром санитарного отделения роты, который будет являться старшим носилочного звена. Эта мера имеет практическое значение, так как санитар санитарного отделения роты лучше знает личный состав взвода.

В районе главной сторожевой заставы, невдалеке от команд-

ного пункта командира сторожевой роты, располагается санитарный инструктор с оставшимися в непосредственном его распоряжении санитарами своего отделения и санитарами-носильщиками.

С этими силами санитарный инструктор обеспечивает оказание доврачебной помощи и вынос раненых в главной сторожевой заставе и должен при необходимости лично, а также высылкой дополнительного носилочного звена усилить оказание первой и доврачебной помощи и вынос раненых из номерных сторожевых застав.

Стрелковая рота, назначенная в сторожевой резерв, должна обеспечиваться силами своего санитарного отделения. Санитары санитарного отделения этой роты должны быть использованы также для выноса раненых до поста санитарного транспорта, если он будет для этой роты организован, или непосредственно на БМП.

Все санитарное отделение роты сторожевого резерва может быть сосредоточено в одном месте невдалеке от командного пункта командира роты. Однако могут быть отдельные случаи такого расположения сторожевого резерва, когда потребуется выделение санитаров в тот или иной взвод.

Для обеспечения вывоза раненых из сторожевых рот следует организовать посты санитарного транспорта (ПСТ), так как батальон занимает широкий фронт и работа по выносу раненых из сторожевых рот на БМП только вручную будет тяжелой для носилочных звеньев.

Укрытое место стоянки ПСТ наиболее выгодно избирать в тылу главной сторожевой заставы. При этом условии обеспечивается наиболее надежная связь с ПСТ и более полное его использование. ПСТ для сторожевого резерва придется организовывать лишь в том случае, когда БМП будет значительно удален от сторожевого резерва. Такое положение, однако, явится исключением.

Усиленный стрелковый батальон в сторожевом отряде выполняет самостоятельную задачу и находится в известном отдалении от своих войск. Поэтому он должен иметь БМП с задачей оказания первой врачебной помощи, который наиболее целесообразно развернуть в тылу района сторожевого резерва невдалеке от командного пункта командира батальона. На БМП должен иметься врач, выделенный из санитарной роты полка, который возглавит санитарную службу батальона. Для эвакуации раненых из сторожевого резерва и из взвода автоматчиков при БМП должна быть санитарная двуколка или повозка. Кроме того, должны быть предусмотрены санитарные повозки (двуколки) для организации ПСТ при сторожевых ротах.

В тылу сторожевого отряда, в районе отдыхающих частей дивизии, необходимо развернуть медицинский пункт для оказания квалифицированной медицинской помощи. Таким медицинским пунктом может быть или отделение ДМП, или дежурная часть санитарной роты одного из полков, усиленная средствами МСБ.

Для эвакуации раненых из сторожевого отряда в этот медицинский пункт необходимо выделить из состава МСБ санитарный транспорт — хотя бы одну автомашину, которую держать укрыто в районе БМП.

Наконец, санитарный взвод батальона, помимо имеющегося у него штатного медицинского имущества, должен быть дополнительно снабжен комплектами: ВБ, Б-1, В-2, ПФ, сумкой ПХС. Кроме того, в каждую сторожевую роту необходимо выделить двое носилок с лямками. Для перевозки всего медицинского имущества требуется аптечная двуколка.

Таким образом, средства санитарной службы усиленного стрелкового батальона в сторожевом отряде представляются нам в следующем составе: а) санитарные отделения стрелковых рот в их штатном составе; б) санитарный взвод батальона в его штатном составе с санитарной двуколкой и штатным медицинским имуществом; в) приданные из санитарной роты полка два отделения носильщиков с их командирами во главе; г) младший врач санитарной роты полка, возглавляющий санитарную службу усиленного стрелкового батальона; д) выделенные в порядке усиления санитарного взвода комплекты медицинского имущества: ВБ, Б-1, Б-2, ПФ, сумка ПХС и двое носилок с лямками для каждой сторожевой роты; е) приданные из санитарной роты полка санитарные повозки для организации постов санитарного транспорта и аптечная двуколка для перевозки медицинского имущества; ж) одна автомашина из МСБ для эвакуации раненых из сторожевого ДМП.

Разберем организацию медицинского обеспечения усиленного стрелкового батальона в сторожевом охранении (рис. 2).

1. 169 сп, *двигающийся походным порядком* в северном направлении, с 4 час. 30 мин. 10.VIII остановлен на большой привал; голова колонны главных сил у северной окраины Фадеева.

Его авангард — 1 сб с 1/57 ап батареей 76-миллиметровых пушек, батареей тяжелых минометов, батареей 120-миллиметровых пушек, взводом автоматчиков, взводом ПТР, взводом конных разведчиков и взводом саперов был на привале в Елизаветовке.

2. В 5 час. 00 мин. 10.VIII командир 1/169 сп получил приказ командира 57 сд, из которого уяснил:

а) противник силой около двух пехотных и одной моторизованной дивизии обнаружен на рассвете 10.VIII на марше в южном направлении в двух переходах севернее села Михайловка;

б) 169 сп располагается на отдых до утра 11.VIII в районе большого привала (Фадеево и восточная половина ур. Лисьи норы);

в) справа на рубеже Федулина и восточнее выдвигается сторожевой отряд соседней дивизии;

г) слева в районе Птаховка и в лесу южнее Птаховки располагается 170 сп; границы с ним — Птаховка, Котельничи и далее на север; сторожевой отряд № 2 из состава 170 сп выдвигается на рубеж Демидовка и далее на запад;

д) дежурная часть — 8-я рота 169 сп на северной опушке ур. Лисьи норы;

е) 1/169 сп с приданными ему подразделениями назначается в сторожевой отряд № 1 в полосе: овальная высота 550 м северо-восточнее Михайловского, лес 400 м севернее Мусатовки; рубеж сопротивления: северо-воточные и северные скаты высоты, что на 900 м северо-восточнее Шумеевки, северная опушка рощи, что на 400 м севернее Шумеевки, и северная и северо-западная опушки леса, что севернее Мусатовки; готовность сторожевого охранения 11 часов 10.VIII;

ж) штадив 57 — юго-западный угол ур. Лисьи норы.

Данные по санитарной обстановке:

1. 1/169 сп, находившийся на марше в авангарде своего полка, был усилен младшим врачом, двумя отделениями санитаров-носильщиков во главе с санитарными инструкторами, а также двумя санитарными повозками. Из медицинского

имущества санитарный взвод батальона получил комплекты ВБ, Б-1, Б-2, ПФ и сумки ПХС; носилки выделены в санитарные отделения рот по табельному расчету.

2. Эвакуация раненых во время марша обеспечивалась санитарной машиной МСБ, следовавшей позади колонны главных сил авангарда.

Согласно распоряжению дивизионного врача и старшего врача 169 сп:

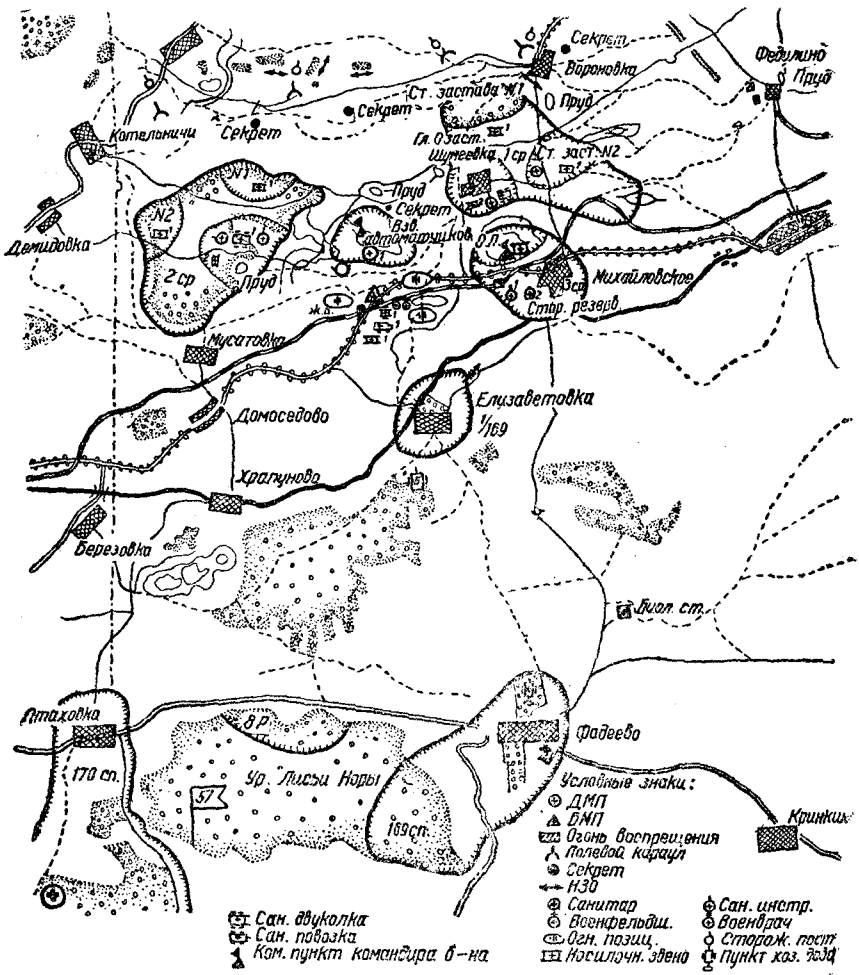


Рис. 2. Стрелковый батальон в сторожевом отряде и организация его санитарного обеспечения

а) все перечисленные силы и средства санитарной службы остаются в батальоне;

б) на западной опушке рощи, что на 1 км южнее Птаховки, к 11 часам 10.VIII развертывается отделение ДМП;

в) путь эвакуации из 1/169 сп: Михайловское, Елизаветовка, далее по полевой дороге через лес, что юго-западнее Елизаветовки, Птаховки, и далее по полевой дороге на юго-запад. Решение командира батальона по организации обороны полосы охранения представлено на рис. 2.

Выделенный в батальон младший врач принял следующее решение по санитарному обеспечению сторожевого отряда:

1. БМП развернуть в районе пересечения шоссе с железной дорогой у железнодорожной будки.

2. Для обеспечения выноса раненых из первой и второй сторожевых рот выделить по два носилочных звена в каждую, подчинив их командирам санитарных отделений этих рот. Организовать для этих рот посты санитарного транспорта в составе одной санитарной повозки каждый. Начальникам ПСТ назначить командиров отделений санитаров-носильщиков.

3. В 3-й стрелковой роте (сторожевой резерв) вынос раненых из взводов производить силами санитарного отделения роты.

Командиру санитарного отделения 3-й роты в случае появления раненых вызывать санитарную двуколку с БМП.

4. Для обеспечения взвода автоматчиков назначить санитарного инструктора из санитарного взвода батальона. При необходимости эвакуации раненых производить вызов санитарной двуколки с БМП.

5. На БМП остаются: младший врач, военный фельдшер, 2 санитара-носильщика; одна санитарная двуколка используется для эвакуации раненых по вызову из сторожевого резерва и из взвода автоматчиков; санитарная машина находится в районе расположения БМП и будет использована для эвакуации раненых непосредственно в отделение ДМП.

В соответствии с решениями командиров сторожевых рот (рис. 2) и с решением младшего врача командиры санитарных отделений сторожевых рот в свою очередь организуют санитарное обеспечение своих подразделений. В данном случае командиры санитарных отделений 1-й и 2-й сторожевых рот, получив в свое распоряжение по два носилочных звена, придают их в сторожевые заставы № 1 и 2 по одному звену каждой. Предварительно в каждом носилочном звене один носильщик заменяется санитаром из санитарного отделения роты.

Местонахождение носилочных звеньев указывается начальником соответствующей заставы.

О месте нахождения ПСТ командир санитарного отделения роты докладывает командиру роты.

Наиболее целесообразными стоянками ПСТ будут: а) для 1-й роты район церкви у Шумеевки и б) для 2-й роты у пруда на восточной опушке ур. Белка.

Сам командир санитарного отделения роты с двумя оставшимися санитарами и с двумя носильщиками будет находиться на главной заставе поблизости от командира роты.

Вынос раненых из номерных сторожевых застав на ПСТ будет производиться носилочными звеньями, приданными этим заставам. Кроме того, в случае необходимости вынос раненых может быть усилен санитарами и носильщиками, находящимися при санитарном инструкторе. В главных заставах эту работу будут выполнять санитары, подносящие раненых к условленному месту, мимо которого будет следовать на БМП санитарная повозка ПСТ.

Начальник каждого ПСТ поддерживает связь: а) через носилочные звенья с командирами сторожевых застав; б) лично с санитарным инструктором роты; в) через повозочного санитарной повозки с БМП.

Командир санитарного отделения 3-й роты (сторожевого резерва), не имея средств усиления, направляет двух своих санитаров с носилками во взвод, обороняющий опорный пункт с безымянной высотой, а сам с двумя другими санитарами находится неподалеке от командного пункта командира роты.

Решение младшего врача и решения командиров санитарных отделений и рот изображены на рис. 2.

★

НОСИЛКИ-ВОЛОКУШИ

Для эвакуации раненых с переднего края мы применяем носилки-волокуши, с помощью которых один санитар, передвигаясь в полусогнутом положении или ползком, может вывезти раненого. Два длинных квадратного сечения бруска, концы которых обделаны в виде ручек, соединены спереди поперечной железной

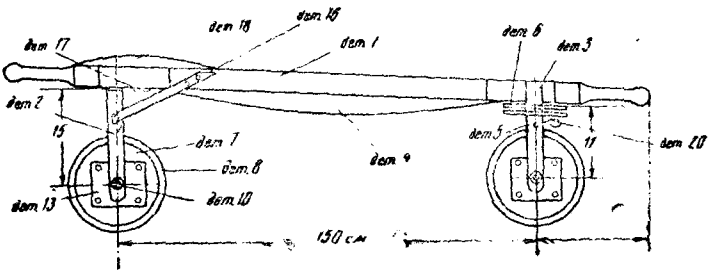


Рис. 1

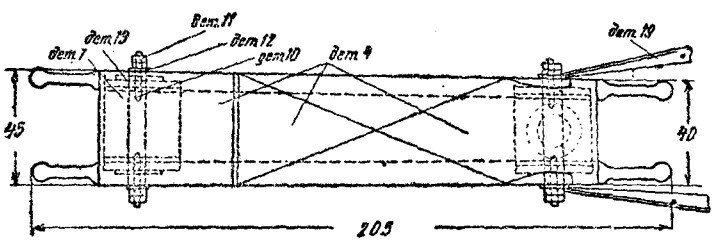


Рис. 1

Кол.	№ детали	Наименование детали	Кол.	№ детали	Наименование детали
2	1	Деревянные брусья	4	10	Ось
1	2	Осевая скоба — задняя	4	11	Гайка
1	3	Передняя поперечная планка	4	12	Малая шайба
2	4	Брезент для обтяжки носилок	4	13	Пластина
1	5	Передняя осевая скоба	1	14	Осевой болт
2	6	Большая шайба	1	15	Малая шайба
2	7	Каток деревянный	1	16	Упорная планка
4	8	Резиновый обод	1	17	Резиновая прокладка
4	9	Железный обод	1	18	Подушка
			1	19	Лямка
			2	20	Лямьовый крючок

пластиной и представляют собой носилки, слегка расширенные кзади. К этой раме носилок крепятся спереди и сзади два деревянных катка с пропущенными через каждый железными осями, закрепленными прибитыми к торцам катков железными пластинками. На концы осей надеты железные скобы, свободно проходящие над катками по длине их. Скобы закрепляются на осях гайками. К верхней поверхности передней скобы приклепывают большую шайбу; такая же шайба приклепывается к поперечной железной пластине носилок; сквозь обе шайбы пропускают железный болт, и образуется подвижное соединение носилок с передним катком, как у передка телеги.

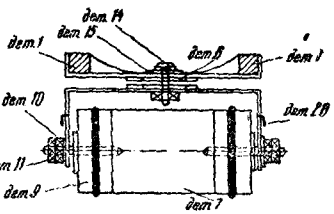


Рис. 3

Осевая скоба заднего катка крепится к продольным брусьям носилок с каждой стороны упорными железными планками. Промежуток между брусьями затягивают брезентовым полотнищем. К передней осевой скобе приклепывают с боков лямковые крюки для прикрепления концов лямки. Высота носилок-волокуш 25 см, вес 12—13 кг.

Построенные таким образом носилки на катках оказались весьма удобными для эвакуации раненых с переднего края. Передвигаются они одним санитаром-носильщиком.

Майор медицинской службы ***М. Сергеев***

СУХИЕ РЕАКТИВЫ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ В ПОЛЕВЫХ УСЛОВИЯХ

Предлагается набор сухих реактивов, позволяющий и при отсутствии клинической лаборатории определить наличие в моче сахара и белка.

Для определения сахара в пробирку помещают 6 капель мочи, 18 капель воды и щепотку (0,2—0,4) сухого реактива на сахар. Кипятят 1—2 минуты. В присутствии сахара выпадает желтый или красный осадок; если сахара нет, жидкость остается зеленоватой.

Для определения белка в пробирку наливают 2—3 мл мочи, добавляют немного (0,1) сухого реактива на белок и встряхивают до растворения. В присутствии белка появляется муть или осадок.

Состав реактивов. 1. Сухой реактив на сахар. Растирают 10,0 сернокислой меди, 100,0 лимоннокислого натрия и 58,0 безводной соды, высушивают на воздухе. Реактив негигроскопичен. Чувствительность реакции такая же, как и при обычных реактивах.

2. Сухой реактив на белок представляет кислый сульфосалициловокислый натрий или калий. Концентрированный (например, 40%) раствор сульфосалициловой кислоты делят на две равные части. Одну часть нейтрализуют крепкой щелочью до нейтральной реакции по лакмусу; приливают вторую часть раствора, выпавшие кристаллы кислой соли отфильтровывают и высушивают. Реактив негигроскопичен. Чувствительность реакции такая же, как и при пользовании растворами сульфосалициловой кислоты.

Сухие реактивы желательно таблетировать.

Инженер-капитан ***Н. С. Полуэктов***

ВЬЮЧНЫЕ ОДНОКОННЫЕ НОСИЛКИ

При участии полковника медицинской службы Рейзина и старшего лейтенанта интендантской службы Аркатова мы сконструировали вьючные одноконные носилки нового образца.

Длина носилок 175 см, ширина 45 см, высота до верхнего края бруса 18 см, вес 11 кг. Носилки состоят из следующих частей: 1) основной каркас, 2) спинка, 3) рамка, 4) чехол с приспособлениями (подушки и лямки) (рис. 1).

Основной каркас состоит из двух продольных деревянных брусьев и двух поперечных опорных планок. Четырехгранные брусья толщиной в 4 см изготов-

ляются из бука и сосны с несколько скошенными углами; ручки обычной для носилок формы. Опорные планки соответствуют по форме лавкам седла и имеют пазы для дужек лук. Через специальные прорези пропускают тренчики для крепления носилок к лукам седла.

Деревянная спинка крепится под углом в 30° к основному каркасу и к рамке. Крепление спинки и рамки к основному каркасу может быть жестким или на петлях, причем на спинке имеются крючки или тесьма для прикрепления к рамке. Рамка состоит из деревянных планок и служит опорной частью спинки.

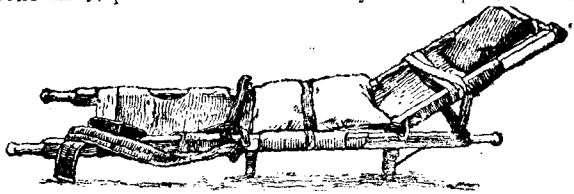


Рис. 1

Брезентовый чехол-полотнище с приспособлениями туго натягивается на основной каркас и спинку. На чехле имеются две съемные подушки: одна под седлом, другая у изголовья, закрепленные тесьмой. Через прорези чехла пропускают пять крепительных лямок: три из них предназначены для фиксации груди, живота и бедер эвакуируемого, а две играют роль подпруг и служат для крепления носилок к потнику седла. Имеется прорезь для крепления носилок третьей дополнительной подпругой. Носилки устанавливаются на лошади, оседланную вьючным седлом[1], и прочно и быстро крепятся к седлу, обеспечивая надежную фиксацию эвакуируемому.

Носилки очень просты в обращении и могут быть использованы в качестве койки.

Погрузка раненого на носилки производится 3—4 санитарами. Укладывать раненого следует преимущественно на спину. При другом положении следует использовать в виде подстилки подручный материал—плащ-палатку, шинель и т. п.

Эвакуируемого фиксируют сначала лямкой в области нижней трети обоих бедер, а затем фиксируют лямками живот и грудь. Голову можно дополнительно укрепить бинтом, ноги — тесьмой или ремнями.

Санитары поднимают носилки, подходя сбоку к лошади, которую обязательно держат под уздцы, и, стоя с каждой стороны, устанавливают носилки на седло. Опорные планки носилок должны плотно прилегать к лавкам седла, а дужки лук — входить в пазы опорных планок.

Тренчики пропускают через прорези опорных планок с обхватом за луку, после чего натягивают до отказа. Окончательное крепление производят двумя лямками и дополнительной подпругой (рис. 2).

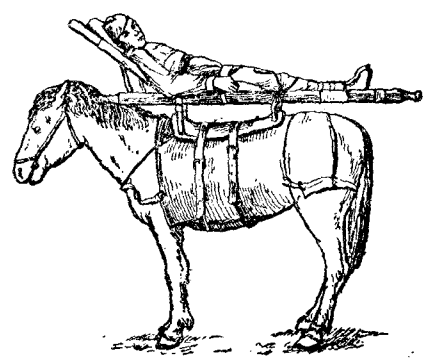


Рис. 2

Разгрузка носилок производится в порядке, обратном погрузке.

Дерево для носилок должно быть первосортным, сухим, без больших трещин и сучков, особенно в средней части брусьев.

Носилки требуют бережного обращения, тщательного ухода и хранения при обратных перевозках.

Об этих носилках получены хорошие отзывы.

Носилки просты, прочны, экономичны, удобны для раненого и вполне пригодны для санитарной эвакуации в горной местности.

Подполковник медицинской службы *А. Бондарев*

---

[1] Только седлом образца 1937 г.—Ред.

ДЕРЕВЯННЫЕ ЛОВУШКИ ДЛЯ ГРЫЗУНОВ

Опыт показал, что капканы «Геро» можно с успехом заменить деревянными ловушками, изготовленными по образцу старинных ловушек, встречающихся кое-где в деревнях Карелии и Ярославской области.

«Карельская» ловушка (рис. 1) представляет собой деревянный ящик размерами приблизительно 40 × 16 × 19 см с подъемной крышкой (*1*). От прикосновения грызуна к крючку с приманкой (*4*) освобождается палочка «сторожка» (*2*), которая привязана к П-образной стойке (*3*) и поддерживает за крючок (*5*) крышку ловушки. Крышка падает и закрывает ловушку.

«Ярославская» ловушка (рис. 2) размерами около 50 × 20 × 20 см. Прикосновение грызуна к деревянной планке с приманкой (*1*) в ловушке освобождает палочку «сторожка» (*2*), к которой привязаны две бечевки, поддерживающие обе крышки ловушки в подвешенном (открытом) состоянии. Бечевки продеты в отверстие стойки (*3*). С ослаблением бечевок крышки моментально падают и закрывают ловушку.

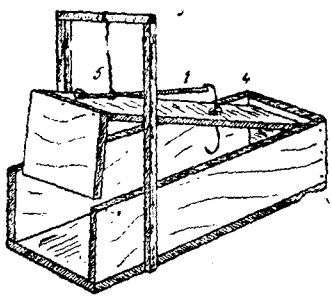


Рис. 1. «Карельская» ловушка

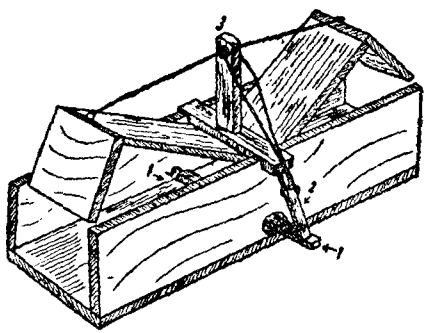


Рис. 2. «Ярославская» ловушка

Ловушки изготовляются из обрезков досок толщиной в 2—2,5 см, шириной около 20 см. Чтобы грызуны не грызли края отверстий, ведущих в ловушки (отверстие крючка для приманки у «карельской» и отверстие для планки у «ярославской» ловушки), их необходимо обить изнутри жестью.

Капитан медицинской службы ***Е. А. Веселов***

ЩИТ И ПОДГОЛОВНИК К НОСИЛКАМ ДЛЯ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ РАНЕННЫХ В ПОЗВОНОЧНИК В ВОЙСКОВОМ РАЙОНЕ [1]

Транспортная иммобилизация раненных в позвоночник с повреждением спинного мозга представляет в войсковом районе довольно трудную задачу.

Частота спинальных ранений, по Бурденко, Мокину, Ахутину, Куприянову, Эйзельсбергу и др., в среднем по отношению к общему числу ранений колеблется от 0,5 до 2%.

Часть раненных в шейный отдел, а также при комбинированных ранениях спинного мозга, брюшной и грудной полостей погибает или на поле боя, или же на передовых этапах медицинской помощи и, таким образом, не попадает в статистику.

По данным Н. Н. Бурденко, в первую мировую войну при спинальных ранениях смертность равнялась 80%. На величину смертности, несомненно, влияют дефекты транспортной иммобилизации.

Личный опыт работы в одном из нейрохирургических отделений позволяет

[1] Демонстрация на армейской конференции 12.X.1943.

осветить методы эвакуации раненых в позвоночник в условиях севера, в местности, трудно проходимой и бедной дорогами.

В лесисто-заболоченной местности очень легко остаться незамеченным; некоторые из наших раненых в результате огнестрельного ранения спинного мозга и паралича всех конечностей или только ног оставались на месте ранения по нескольку дней, пока их не находили.

При ранениях, полученных непосредственно в зоне обороны, оттащенного в укрытие на шинели или плащ-палатке раненого переносили на руках несколько бойцов или же его завертывали в плащ-палатку с подложенной под верхний край жердью, и два носильщика-санитара, беря концы жерди на плечи, переносили раненого по ходам сообщения вглубь обороны. Здесь в местах, скрытых от глаз противника, оказывалась первая помощь или подбинтовывалась повязка; до БМП и оттуда на ПМП и в МСБ по трудно проходимым участкам или кое-где по гати для перевозки летом и осенью применялась волокуша, на которой закреплялись носилки с раненым. Волокуша изготовлялась из двух длинных и достаточно прочных и упругих деревьев, освобожденных от веток и сучьев, но

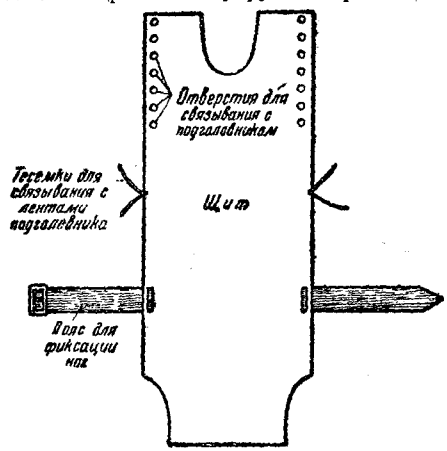


Рис. 1. Щит

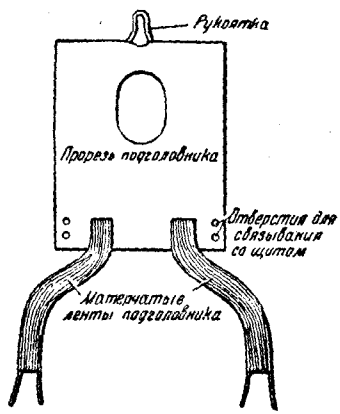


Рис. 2. Подголовник

оставленной верхушкой для большей эластичности и смягчения толчков. Для перевозки требовалась одна лошадь. В условиях севера волокуша является лучшим способом перевозки раненых на начальных этапах эвакуации. Если эта часть перевозок раненых в позвоночник может быть признана удовлетворительной, то менее удовлетворительной была перевозка от МСБ до нейрохирургического отделения ППГ второй линии и до ГБА.

Раненные в позвоночник чаще доставлялись на грубо сколоченном щите, лежащем сверху носилок. Иногда к раненым были прибинтованы вдоль спины связанные крамеровские шины. В 19 случаях раненые были доставлены без щита без каких бы то ни было иммобилизационных приспособлений.

В 3 случаях врачи передовых этапов покрывали деревянный щит толстым слоем мха, затем укладывали на это мягкое ложе раненного в позвоночник и фиксировали его к носилкам несколькими турами матерчатого бинта.

Эвакуация раненых в позвоночник на гипсовых кроватках из войскового района была произведена всего в 2 случаях.

Картонные повязки не создавали желательной жесткости и фиксации поврежденного позвоночника.

В чаще применяемом и безусловно наилучшем положении на спине раненый опирается на затылок, лопатки и закругляющиеся нижние отделы ребер, крестцово-ягодичную область, пятки. Даже недлительное лежание на спине приводит к появлению пролежней прежде всего в крестцово-ягодичной области.

Мы попытались разрешить проблему транспортной иммобилизации раненых в позвоночник при помощи сконструированного нами щита и подголовника.

К обычным санитарным носилкам образца 1939 г. подгоняется легкий доматый щит, плотно входящий между деревянными брусками носилок и упирающийся в полотнище. Щит скрепляется двумя поперечными планками. Длина щита 170 см. Щит имеет вырезку в верхнем отделе и боковые продолговатые вырезки по бокам ножного конца (рис. 1). Вырезка в головном конце щита необходима для того, чтобы щит при сдвигании вверх не закрывал прорези для затылка в подголовнике; цель боковых вырезок при раздвигании щита во всю длину (2 м)—не мешать захватывать руками рукоятки носилок. На щит накладывается подголовник, изготовленный из куска фанеры длиной в 55 см, шириной в 45 см. В верхней части подголовника прибивается деревянный брусок по ширине фанеры (45 см). Толщина бруска 5 см, высота 7 см. К бруску подголовника прикрепляется деревянная рукоятка 11 см высоты. Отступя от рукоятки на 15 см, на середине подголовника делают овальную прорезь размером 16 × 14 см (рис. 2). Для прочности необходимо брать фанеру толщиной в 5 мм или два листа тонкой фанеры.

Подголовник и щит годны для каждого раненого; увеличение длины жесткого основания на носилках достигается сдвиганием подголовника на конец щита и закреплением его. Для этого на щите в головной части, отступя на 2—3 см от края, делают круглые отверстия диаметром с карандаш через каждые 5 см, по 7 отверстий на каждой стороне. В концевой части подголовника делают также отверстия, по 2 с каждой стороны, совпадающие при любом смещении подголовника с такими же отверстиями на щите. Отверстия на под-

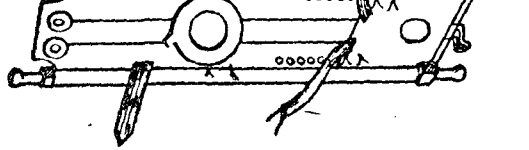


Рис. 3. Оборудованный щит на носилках с кругом и кольцами

головнике и щите служат для проведения шнура и прочного скрепления этих составных частей. Подголовник, плотно войдя своим деревянным бруском между брусьями носилок, упирается в полотнище носилок, а другим концом накладывается на деревянный щит. Максимальная длина жесткого основания после связывания щита и подголовника 2 м, минимальная 170 см.

В нижней части подголовника заранее прикрепляются две матерчатые тесьмы для фиксации больного к щиту (рис. 3).

В нижней половине щита делаются щелевидные отверстия для проведения матерчатого пояса для фиксации ног.

Техника транспортной иммобилизации раненых в позвоночник.

Щит и подголовник связывают шнуром через два отверстия с каждой стороны (учитывая рост раненого). Хорошо связанный щит укладывают на носилки. Ленты подголовника откидывают вверх, концы пояса для ног — в стороны. Жесткое основание на носилках покрывают ватным конвертом. Раненого укладывают с таким расчетом, чтобы затылок вошел в прорезь подголовника. При ранениях шейного и верхне-грудного отдела позвоночника предварительно накладывают глиссонову петлю, концы которой при нужной степени натяжения закрепляют за деревянную рукоятку подголовника. При ранениях среднего и нижнего участков грудного и поясничного отделов позвоночника вытяжение производится с помощью подмышечных лямок, натянутые концы которых завязываются за рукоятку подголовника.

Под крестец, начиная с МСБ, МСР, подкладывают резиновый круг, а под пятки — ватно-марлевые кольца.

Конверт застегивают на пуговицы. Через плечи наискось перебрасывают

ленты подголовника и завязывают их за тесемки по бокам щита. Края ватного конверта, загибаясь при перебрасывании лент подголовника, образуют род воротника, укутывающего голову и шею раненого. Ноги фиксируют матерчатым поясом.

Лямки изготовляют из широкого бинта в два слоя с ватной прослойкой в той части, которая войдет в подмышечные ямки и охватит их.

При изготовлении глиосоновой петли тщательно подбивают ватой ту часть, которая охватит подбородок и голову; конец, который охватит затылок, простегивается; он прочно прикрепляется с одной стороны; на другом конце затылочного отдела петли имеются две тесемки, которые связывают с тесемками подбородочного конца. Заготовляют 3—5 комплектов оборудованного щита и подголовника, петель и лямок на МСБ или МСР и хранят их вместе с другими предметами транспортной иммобилизации.

На приспособленных таким образом носилках перевезено за последнее время около 20 раненых в позвоночник. Раненые дорогу переносили хорошо. Иммобилизация сыграла немаловажную роль, устраняя тягостные ощущения во время пути и другие ранее наблюдавшиеся осложнения.

Описанное приспособление не требует ни нового оборудования, ни изменения системы носилок. Подголовник и щит легко изготовить на местах из подручного материала (фанеры и досок).

Щит и подголовник не увеличивают объема носилок и, таким образом, не сокращают полезной площади санитарного транспорта. При задержках в пути на этих носилках может осуществляться лечение раненых.

Майор медицинской службы ***А. С. Орловский***

НОВЫЙ РАСПЫЛИТЕЛЬ СТРЕПТОЦИДА

Мы пользуемся для распыления стрептоцида обыкновенным резиновым баллоном в 100—200 г, у которого вместо эбонитового наконечника вставлена конусообразная деревянная пробка с пропущенной сквозь нее резиновой трубкой. На конце резиновой трубки, находящемся внутри баллона, сделан ряд отверстий. Насыпав до половины баллона стрептоцид, вставляют пробку с трубкой. При сжатии баллона стрептоцид выбрасывается из наружного конца резиновой трубки в большем или меньшем количестве, в зависимости от силы сжатия баллона и количества находящегося в нем стрептоцида.

Майор медицинской службы ***К. Д. Волков***

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАНЕНИЯХ ГЛАЗ

Чтобы сделать электромагнитную помощь более доступной на этапах санитарной эвакуации, я совместно с лейтенантом медицинской службы П. Г. Ветровым изготовил из утильматериалов в госпитале ручной электромагнит типа Гиршберга, питающийся от аккумулятора любой автомашины. Изготовленный нами электромагнит весьма портативен, весит около 2 кг, снабжен двумя наконечниками. Сила его притяжения, т. е. расстояние, с которого он притягивает осколки средней и малой величины, равна 40—50 мм. Вибрация осколков определяется с расстояния в 60—70 мм.

Электромагнит этот в настоящее время уже применяется на передовых этапах нашего фронта и вполне себя оправдывает, особенно при свежих ранениях глаз.

Майор медицинской службы ***Л. Б. Зац***

★

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

2-я АРМЕЙСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ N-ской армии

3.V.1944 в N-ской армии происходила хирургическая конференция. Рассмотрены вопросы об анаэробной инфекции, проникающих ранениях живота и об эффективности внутривенного введения алкогольных растворов.

С докладом по первому вопросу выступил гвардии майор медицинской службы Порозов. Докладчик проанализировал этиологию, клинику и лечение газовой инфекции. На основе материала полуторагодичной работы N-ского госпиталя отмечена необходимость проведения комплексной профилактики и лечения с первых этапов эвакуации. Содокладчики по вопросу о газовой инфекции майор медицинской службы Миненко и старшие лейтенанты медицинской службы Кононенко и Ганеева, разобрав материалы МСБ и ХППГ, поделились богатым опытом в лечении пораженных газовой инфекцией и достигнутыми успехами при проведении комплексной терапии и профилактики.

С докладом о проникающих ранениях живота выступила гвардии капитан медицинской службы Свентитская, обратившая внимание на особенности ранений брюшной полости у танкистов, на клинику этих ранений и на тактику хирургов при ранениях живота. Она указала на недопустимость «выжидания», предлагая заменять эту тактику пробной лапаротомией. Срок послеоперационной госпитализации исчисляется в 8—10 дней.

Докладчик подчеркнул важное значение переливания крови как перед оперативным вмешательством, так и после него. Свентитская при лечении около 200 ранений брюшной полости не имела ни одного случая нагноения и ни одного случая эвентрации после лапаротомии, при наложении глухих швов на кожу. Весьма важен послеоперационный уход и придание больным фоулеровского положения. Засыпание брюшной полости стрептоцидом и сульфидином значительно снижает смертность и уменьшает количество послеоперационных осложнений.

Содокладчики гвардии капитан медицинской службы Бойко, гвардии майор медицинской службы Порозов, гвардии капитан медицинской службы Мишкинд поделились богатым опытом и сообщили ряд казуистических случаев ранений, остановившись на тактике хирурга при них.

Военврач Ручковский выступил с докладом «Предварительные данные об эффективности внутривенного введения алкогольных растворов». Докладчик на основе материала ХППГ горячо рекомендовал применять внутривенное вливание 33% спирта с глюкозой и подчеркнул преимущества алкогольного наркоза.

Хирург армии подполковник медицинской службы Каз указал на необходимость уделять больше внимания вопросам профилактики газовой инфекции на первых этапах эвакуации и разобрал показания к ампутации при этой болезни. Каз дал точные указания относительно объема помощи при ранениях брюшной полости на различных этапах эвакуации, обратил внимание участников конференции на организацию своевременного выноса раненых с поля боя и немедленной эвакуации их по назначению и очертил основные задачи медицинских учреждений войскового района: понижение смертности, повышение количества оперируемых, полная ликвидация смертности на путях эвакуации. При этом Каз остановился на мерах по борьбе с шоком и показаниях к оперативному вмешательству.

В конце конференции главный хирург N-ского фронта полковник медицинской службы Гуревич указал на глубокую проработку программных вопросов. Он подчеркнул необходимость подходить к оценке каждой боевой операции с учетом санитарно-тактической обстановки, отметил важное значение комплексного лечения анаэробной инфекции и ухода за ранеными в смысле создания гигиенических условий, полноценного питания, витаминизации пищи и т. д., указал на целесообразность раннего наложения гипсовых повязок типа окончатых, мостовид-

ных, как надежно иммобилизующих пораженную конечность, на обязательность обработки брюшной полости после лапаротомии сульфамидными препаратами и советовал возможно чаще пользоваться при хирургических вмешательствах местным обезболиванием.

Б. С Ручковский

9-я НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ГОСПИТАЛЕЙ ФРОНТОВОГО ЭВАКОПУНКТА N-ского ФРОНТА

5.III.1944 под председательством главного хирурга N-ского фронта полковника медицинской службы проф. Банайтис состоялась 9-я научная конференция госпиталей фронтового эвакопункта. На конференции заслушан ряд докладов на тему «Ранения кисти и пальцев, их лечение и исходы». Полковник медицинской службы проф. Дивногорский сделал доклад «Госпитальные исходы после ранений кисти и пальцев» (по материалам фронтового эвакопункта), полковник медицинской службы Минин — «Классификация, диагностика и лечение ранений кисти и пальцев» (по материалам СЭГ), капитан медицинской службы Филиппов — «Лечение и исходы ранений кисти и пальцев» (по материалу ГЛР), майор медицинской службы Башкатов — «Лечение и исходы ранений кисти и пальцев» (по материалам ГЛР), майор медицинской службы проф. Горяневская — «Лечебная физкультура при ранениях кисти и пальцев», подполковник медицинской службы Ягубов — «Физиотерапия при ранении кисти и пальцев».

В прениях по докладам выступили майор медицинской службы Барков, капитан медицинской службы Генделев, военврачи Ройтман, Касьянов, Орлова, капитан медицинской службы Захаревич, подполковники медицинской службы Шур, Беркутов, проф. Дивногорский, майоры медицинской службы Школьников и Гольдфайль.

Д-р Дубровин предложил образец универсальной шины при ранениях верхней конечности, не встретивший, однако, одобрения участников конференций.

В заключительном слове полковник медицинской службы проф. Банайтис, отметив значительные успехи в лечении ранений кисти и пальцев по сравнению с периодом первой мировой войны, указал, что следует обратить внимание на большое сокращение сроков лечения этих ранений и на устранение задержки на этапах эвакуации. Исходы ранений кисти и пальцев зависят от качества хирургической обработки на передовых этапах, от полноценности иммобилизации и функционального лечения в госпиталях фронтового тыла. Необходимо тщательнее производить отбор направляемых в батальон выздоравливающих.

Полковник медицинской службы проф. ***Марголин***

★

СОВЕЩАНИЕ РУКОВОДЯЩЕГО СОСТАВА N-ского ФРОНТА

С 15 по 18.V на N-ском фронте проходило инструктивное совещание руководящего состава санитарной службы.

Открывая совещание, начальник санитарного управления фронта генерал-майор медицинской службы Песис отметил значительные достижения в организации и постановке работы санитарной службы фронта и указал на огромные задачи по санитарному обеспечению боевых действий войск.

С докладом «Основные задачи лечебно-эвакуационного обеспечения войск в наступлении» выступил полковник медицинской службы Скрылев. Докладчик дал основные установки в вопросах расстановки и маневра силами и средствами санитарной службы при обеспечении наступления, показав необходимость весьма тщательного планирования передислокации лечебных учреждений при продвижении наших войск вперед. Подчеркнута необходимость выделения головных групп госпиталей и продвижения их вслед за войсками. Лечебные учреждения должны быть всегда готовы к расширению коечного фонда. Очень важно создание из резерва медицинского состава групп долечивания, которые принимают раненых, остающихся в лечебных учреждениях к моменту их продвижения вперед.

В докладе «Задачи и методы боевой подготовки медицинского состава» подполковник медицинской службы Яремов подробно остановился на методах специальной подготовки медицинских кадров в условиях действующего фронта и отметил, что кадры специалистов и медицинских начальников на фронте значительно выросли. Задача — продолжать дальнейшее воспитание, совершенствование медицинских кадров, правильную их расстановку и использование.

Полковник медицинской службы Кабашев сделал доклад о санитарно-эпидемиологическом обеспечении войск в наступлении. Докладчик подробно изложил организационные принципы постановки работы по предупреждению и ликвидации инфекционных заболеваний в войсках, особенно остановившись на вопросах организации заградительной сети санитарно-контрольных пунктов и санитарной обработки раненых и больных в ГОПЭП, СЭГ и других лечебных учреждениях.

Главный хирург фронта полковник медицинской службы проф. А. А. Вишневский выступил с докладом на тему «Некоторые вопросы организации хирургической работы на этапах санитарной эвакуации», главный терапевт полковник медицинской службы проф. Н. С. Молчанов — «Организация терапевтической помощи в период наступательных операций».

Проф. Вишневский отметил недостаточную работу некоторых санитарных начальников и начальников госпиталей в организации лечебного процесса и указал на необходимость решительного улучшения техники наложения гипсовых повязок, широкого внедрения местной анестезии при всех хирургических операциях и лечения гнойных ран масляно-бальзамическим дренированием и повязками. Должна строго проводиться единая система лечения на эвакуационных направлениях.

Проф. Молчанов подробно остановился на вопросах организации терапевтической помощи в наступательных операциях и постановки работы в полном контакте и взаимодействии с хирургической службой. Терапевтические полевые госпитали должны максимально приблизить свою помощь к войскам.

В докладе «Комплексное лечение в ГЛР» майор медицинской службы Иванов дал основные установки по организации и методике применения лечебной физкультуры и других физических методов лечения в ГЛР, полевых и эвакуационных госпиталях.

С докладом «Организация медицинского снабжения в наступательной операции» выступил полковник медицинской службы Соколов. Докладчик, изложив

принципиальные вопросы организации медицинского снабжения всех звеньев медицинской службы, отметил необходимость бережливого и рационального распределения и использования медико-санитарного и санитарно-хозяйственного имущества.

В оживленных прениях по докладам принял участие ряд фронтовых специалистов, внесших весьма ценные дополнения к докладам.

На третий день на совещании присутствовали командующий фронтом генерал-армии Мерецков и член Военного совета фронта генерал-лейтенант Штыков.

Командующий фронтом в своем обращении пожелал медицинским работникам фронта дальнейших успехов в обеспечении боевых действий войск.

В этот день выступили с докладами по медико-санитарному обеспечению крупной боевой операции на N-ском фронте полковники медицинской службы Скрылев и Соколов, подполковник медицинской службы Арнель и майор медицинской службы Коган.

Генерал-майор медицинской службы Песио подытожил работу совещания, дал ряд указаний на дальнейший период и выразил уверенность, что медицинская служба фронта сумеет обеспечить выполнение любых боевых действий.

Благодаря заботливой подготовке совещание проводилось в чрезвычайно благоприятной обстановке. Была организована выставка, развернут в палатках показательный хирургический блок и пр. Делегаты находились в хороших условиях, имели возможность спокойно и продуктивно работать.

Подполковник медицинской службы *Н. С. Угаров*

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ КУРСОВ ПО НЕЙРОХИРУРГИИ НА ВОРОНЕЖСКОМ ФРОНТЕ

Для обучения молодых хирургов диагностике и лечению ранений черепа и мозга были отобраны из армии молодые врачи, накопившие общехирургический военный опыт и проявившие достаточный интерес и способности к быстрому освоению новой дисциплины. На двухмесячных курсах они сразу получили палаты и обслуживали раненых под руководством ординатора. Здесь врачи обучались технике неврологического обследования, постановке показаний к операциям и наблюдали раненых до и после хирургического вмешательства. С 10 до 12 часов нейрохирург проводил семинар, на котором курсанты делали разбор 5—10 обследованных ими раненых. Здесь окончательно определялся диагноз и показания к оперативному вмешательству. С 12 до 4 часов шла хирургическая работа в операционной на двух столах. Первый месяц курсанты ассистировали двум хирургам, а на второй месяц оперировали сами под контролем руководителя. От 4 до 6 часов вечера был обеденный перерыв, после чего читалась одна лекция из следующих циклов: анатомия и физиология нервной системы (15 лекций), методы исследования нервной системы, патологическая анатомия травм нервной системы, электродиагностика и физиотерапия, рентгенодиагностика поражений черепа и позвоночника (по 3 лекции), закрытая травма черепа и мозга, неврозы и психопатии (по 3 лекции) и полевая нейрохирургия центральной и периферической нервной системы (20 лекций).

Опыт показал, что раздел анатомии и физиологии усваивается нелегко и требует хорошего лектора. Второй раздел должен научить курсантов четкой и быстрой ориентировке у постели больного. Третий раздел — демонстративный — проводился на секционном материале.

Курс электротерапии и электродиагностики знакомит курсантов с теоретическими предпосылками для тепло-свето-электролечения и с аппаратурой, особенно для работы в области периферической нервной системы. Курс рентгенодиагностики проводился преимущественно с демонстрацией на материале нейрохирургического отделения. Рентгеноскопию, рентгенографию и контрастные методы — важную для нейрохирурга главу — должен читать опытный специалист, сведущий в черепной и позвоночной рентгенологии. Цель раздела— научить курсантов читать рентгенограммы. Основное место в преподавании имела полевая нейрохирургия. Курсанты ознакомились с санитарной тактикой при черепных

ранениях и с основными требованиями для налаживания нейрохирургической работы, обучались люмбальным и цистернальным пункциям, изучали мозговую жидкость.

Изучение черепно-мозговых ранений и осложнений при них составило центральное звено преподавания. Особенно трудная травматическая нейрохирургия при поражениях спинного мозга требует установки на активность с первых этапов. Травмы нервных стволов, патологическая анатомия и теория регенерации их, учение о болевых синдромах и роли вегетативной нервной системы при них разбирались частично с демонстрацией основных операций. Опыт показал, что надо концентрировать внимание на наиболее важной и необходимой полевому хирургу черепной хирургии.

Двухмесячные курсы полевой нейрохирургии закончились лекциями и занятиями по закрытой травме и неврозам. На экзамене, произведенном главным хирургом фронта, курсанты продемонстрировали умение разбираться в черепных повреждениях, правильно их диагносцировать, оперировать и помогать в операциях и показали, что могут быть полезны в специализированных ППГ и на фронтовых базах. Из 12 курсантов 2 наиболее способных и имеющих достаточный хирургический опыт направлены на самостоятельную работу. 10 человек распределены по нейрохирургическим отделениям. Решено проводить курсы повторно и ликвидировать дефицит нейрохирургических кадров.

Наличие на фронтовой нейрохирургической базе крупных специалистов позволило провести преподавание на высоком теоретическом и практическом уровне.

Подполковник медицинской службы засл. деят. науки проф. *П. И. Эмдин*

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ РАНЕНЫМ В РОТНОМ УЧАСТКЕ

Своевременная квалифицированная врачебная и хирургическая помощь раненым в войсковом районе зависит от своевременного выноса и вывоза раненого с поля боя. Судьба раненого и возвращение его в строй зависят от степени боевого поражения, доврачебной помощи, правильной хирургической обработки и лечения на этапах эвакуации.

Сложность и трудность медицинской работы в ротном участке объясняются изобилием массированного огня противника и затруднением выноса раненых, особенно в открытой местности, при маневренной войне.

Контроль работы санитара, учет выноса и вывоза раненых — один из сложных вопросов, все еще не разрешенных окончательно.

Мы предлагаем новую упрощенную форму учета, которая оправдала себя в бою и одобряется санитарами. Мы даем каждому санитару 25—30 карточек или дощечек размером 3 × 5 см. Посредине карточки пишется номер полевой почты, над номером — фамилия санитара, под номером — буква «О» или «Р». Буква «О» означает вынос раненого с оружием, буква «Р» — вынос раненого из расчета (пулеметного, минометного и орудийного). Санитар держит карточки в санитарной сумке или в кармане. Оказывая помощь и вынося раненого, санитар дает раненому одну из карточек как направление на БМП или на ПМП, и труд каждого санитара учитывается ежедневно. В конце суток карточки снова возвращаются санитару.

Во всех взводах было выделено по одному санитару в качестве резерва. Подготовкой этих вспомогательных санитаров занимались фельдшера батальона, санинструкторы рот; они участвовали при занятиях на сборах санитаров на ПМП. Специальная подготовка была вполне удовлетворительной. Санитар знал всех бойцов взвода, и бойцы взвода знали своего санитара.

В период боев вспомогательный санитар оказывал помощь раненым бойцам наравне с прикрепленным санитаром.

Гвардии подполковник медицинской службы *А. М. Агаджанян*

СЛУЧАИ УДАЛЕНИЯ ИЗ РАН НЕРАЗОРВАВШИХСЯ МИН

В N-ский МСБ поступил красноармеец К-в, 1912 г. рождения, со слепым ранением в верхней трети правого бедра с повреждением кости. Первая медицинская помощь (асептическая повязка) была оказана на ПМП через 6 часов после ранения. Раненый, прибывший через 7 часов с момента ранения, жаловался на сильную боль тянущего характера в правом бедре. Видимые слизистые и кожные покровы бледны; пульс 104 в 1 минуту, слабого наполнения, ритмичен.

После снятия повязки обнаружен на наружной поверхности верхней трети правого бедра торчащий из раны стабилизатор 50-миллиметровой мины, сама мина целиком погружена в ткани бедра, на внутренней поверхности которого прощупывалась головка мины. Целость кожи в этом месте нарушена отломками кости. Пульс на правой голени и стопе сохранен. Раненому введено внутривенно 500 см³ жидкости проф. Сельцовского и 250 см³ плазмы, впрыснут 1% раствор морфина (3 см³) и кофеин, внутрь дано 100 см³ 40° спирта. Хирургами МСБ Репетько и Коржавиным с участием операционной сестры Скородумовой под смешанным хлорэтил-эфирным наркозом произведена операция удаления мины. От места внедрения мины сделаны разрезы через кожу и подкожную клетчатку кверху на 8 см, книзу — на 7 см, мышцы разведены тупым путем и частично рассечены продольно до кости. В углах операционной раны фасция рассечена поперечно. После этого извлечена мина. Из раны удалено 9 свободно лежащих осколков бедренной кости. По иссечении размозженной мышечной ткани края мышц подшиты двумя швами к краям кожной раны. На внутренней поверхности верхней трети бедра произведен послойный разрез до кости, дефект которой достигал 8 см. Раны засыпаны 20 г белого стрептоцида, наложена повязка с противогангренозной сывороткой. Конечность иммобилизована шиной Дитерихса. Через 10 часов после операции раненый в удовлетворительном состоянии отправлен в ППГ для дальнейшей эвакуации в глубокий тыл.

Капитан медицинской службы ***В. И. Репетько***

* * *

В МСБ одного стрелкового подразделения был доставлен красноармеец О., раненный немецкой 50-миллиметровой миной. Пробив правую голень в верхней трети, мина застряла в ней, не разорвавшись. С наружной стороны голени выдавалась хвостовая часть мины, с внутренней стороны — утолщенная часть мины.

Раненому грозила опасность при малейшем неосторожном движении погибнуть от разрыва мины. Ведущий хирург Худенцов и пиротехник Бочаров взяли раненого на операционный стол и, пренебрегая личной опасностью, благополучно извлекли мину.

Жизнь раненого была спасена.

Майор медицинской службы ***М. С. Маскин***

* * *

В МСБ N-ской стрелковой дивизии доставлен с поля боя красноармеец В-в с ранением правой ягодицы.

Рана овальной формы, размерами 4 × 9 см в верхне-наружном отделе правой ягодицы; в центре раны выстоит на 4 см из мягких тканей хвостовое оперение мины. После безуспешной попытки извлечь мину за стабилизатор, под местным обезболиванием новокаином рассечены мягкие ткани по направлению оси канала раны и извлечена за стабилизатор 50-миллиметровая немецкая неразорвавшаяся мина. Правая подвздошная кость повреждена. Рана очищена от видимой грязи и размозженных участков, промыта перекисью водорода, вставлен тампон с мазью Вишневского, наложена шина Дитерихса, введены антистолбнячная и противогангренозная сыворотки.

После операции раненый чувствовал себя хорошо и через сутки был эвакуирован в ППГ.

Майор медицинской службы ***А. М. Раздьяконов***

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

В руководстве проф. В. В. Гориневской и М. Г. Рамм «Первая хирургическая помощь при травмах военного и мирного времени» (издание 1942 г.) в разделе «Лечение огнестрельных гнойных плевритов» М. Г. Рамм пишет: «Последнее время распространен способ Сименштейна — широкая резекция одного или двух ребер и т. д.».

Описана моя операция неточно. Я рекомендую[1] резецировать не два ребра, а только одно, предпочтительно VIII по лопаточной линии, протяжением в 5, но не больше 8 см и на таком же протяжении вскрыть париетальную плевру. Такой величины торакальное окно дает полную возможность удалять из полости плевры весь гной и фибрин. После промывания плевры физиологическим раствором или, лучше, раствором риванола и введения в полость 50—100 см³ мази Вишневского необходимо торакальное отверстие туго закрыть марлевой ватной пробкой.

Мой способ основан на следующем: с одной стороны, полное удаление из полости плевры всего гноя и в особенности фибрина, который, оставаясь в полости, длительно поддерживает лихорадочную температуру и приводит к склерозу плевры; с другой стороны, тугая марлево-ватная пробка способствует возникновению в полости плевры отрицательного давления, достаточного для успешного расправления легкого. Слишком большое торакальное отверстие, какое может получиться при резекции 2 ребер, значительно снизило бы возможность возникновения в полости отрицательного давления.

Опыт показал, что при точном применении способа сокращаются сроки лечения гнойных плевритов до 2—3 месяцев и устраняются деформации грудной клетки.

Для стимулирования процессов обратного развития мы теперь с успехом применяем при лечении гнойных плевритов антиретикулярную цитотоксическую сыворотку акад. Богомольца.

---

[1] См. «Клиническая медицина», № 8—9, 1942.

Майор медицинской службы *Г. Н. Сименштейн*

★

СОДЕРЖАНИЕ

Стр

ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

Генерал-майор медицинской службы проф П. А. Куприянов. О хирургической обработке огнестрельных ран . . 3

Майор медицинской службы доц И. Л Крупко. К оперативному лечению контрактур при огнестрельных ранениях конечностей 19

Полковник В. Краскевич. Образцово поставить партийное хозяйство в госпиталях . 21

ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Подполковник медицинской службы Н. И. Александров и ст. научн. сотрудник Н. Е. Гефен. О сущности биологического действия in vivo бактериофага, антивируса и „полного антигена" микробов 26

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Генерал-майор медицинской службы проф. Н. Н. Еланский. К вопросу об организации и методике наложения и высушивания гипсовых повязок в условиях ХППГ и эвакогоспиталей 34

Майор медицинской службы М. П. Богомяков. Лечение хронически текущих язв гипсовой повязкой 35

В. Г. Дубовский. Прогноз контрактур 36

Подпольовник медицинской службы В. П. Барсуков. К методике первичной обработки ран 37

Майор медицинской службы доцент И. Л. Богданов. Об эпидемиологии и сульфидинопрофилактике цереброспинального менингита . . . 37

Капитан медицинской службы П. П Шишаков. Вращательный аппарат лучезапястного сустава 40

CONTENTS

Page

MEDICO-EVACUATIONAL PROBLEMS

Prof. P. A. Kuprianov, Major-general, Medical corps. On the surgical treatment of gunshot wounds 8

Doc. I. L. Krupko, Major, Medical corps. To the surgical treatment of the contractures in the gunshot wounds of extremities 19

Colonel V. Kraskevich. Let us set the party economy exemplarily 21

THE PROBLEMS OF ANTIEPIDEMIC PROTECTION OF THE TROOPS

N. J. Alexandrov, Lieutenant-colonel Medical corps, and N. E. Gefen, senior scientific collaborator. On the nature of biological action in vivo of bacteriophage, antivirus and „full antigen" of microbes . . 26

SHORT NOTES

Prof. N. N. Ielansky, Major-general, Medical corps. Contribution to organization and methods of imposition and drying of the gypseous bandages under conditions of both SPH and evaco-hospitals 34

M. P. Bogomiakov. Major, Medical corps. The treatment with gypseous bandages of the wounds which are taking the chronic course 35

V. G. Dubovsky. Prognosis for the contractures 36

V. P. Barsukov, Lieutenant-colonel, Medical corps. The methods of the wounds' primary treatment 37

Doc. I. L. Bogdanov. Major, Medical corps. On epidemiology and sulphidino-prophylaxis of meningitis cerebrospinalis . 37

P. P. Shishakov, Captain, Medical corps. Rotary apparatus of articulatio radio-carpalis 40

Стр.

Г. Д. Новинский. Ножницы как вспомогательный прибор для диагностики сотрясения мозга 41

Канд. медицинских наук С. Е. Каган. Опыт организации ЛОРпомощи в тыловом эвакогоспитале 41

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ

Полковник медицинской службы С. П. Волков. Санитарное обеспечение сторожевого охранения 43

ОБМЕН ОПЫТОМ

Майор медицинской службы М. Сергеев. Носилки-волокуши 49

Инженер-капитан Н. С. Полуэктов. Сухие реактивы для исследования мочи в полевых условиях 50

Подполковник медицинской службы А. И. Бондарев. Вьючные одноконные носилки 50

Капитан медицинской службы Е. А Веселов. Деревянные ловушки для грызунов . . . 51

Майор медицинской службы А. С. Орловский. Щит и подголовник к носилкам для транспортной иммобилизации раненых в позвоночник в войсковом районе 52

Майор медицинской службы К. Д. Волков. Новый распылитель стрептоцида 55

Майор медицинской службы Л. Б. Зац. К вопросу о применении электромагнитной помощи при ранениях глаз 5
5

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

Б. С. Ручковский. 2-я армейская хирургическая конференция N-ской армии . . . 56

Полковник медицинской службы проф. Марголин. 9-я научная конференция госпиталей фронтового эвакопункта N-ского фронта 57

ПИСЬМА С ФРОНТА

Подполковник медицинской службы Н. С. Угаров. Совещание руководящего состава N-ского фронта 58

Page

G. D. Novinsky. Scisors as an auxiliary apparatus for diagnosis of concussion of the brain . 41

Cand. in medic. sci. S. E. Kagan. Experiment in organization of the LOR-aid in a rear evaco-hospital 41

ORGANIZATION AND TACTICS OF THE SANITARY SERVICE

S. P. Volkov, Colonel, Medical corps. Sanitary security of a sentry guards 43

INTERCHANGE OF EXPERIENCE

M. Sergeev, Major, Medical corps. The stretchers-draggings 49

N. S. Poluektov, Captain-engineer. Dry reagents for examination of the urine under field conditions 50

A. I. Bondarev, Lieutenant-Colonel, Medical corps. An one-horse pack stretcher 50

E. A. Veselov, Captain, Medical corps. A wooden traps for Rodentia 51

A. S. Orlovsky, Major, Medical corps. A screen and a support for the head in the stretcher for transport immobilization of the wounded into the spine at the troop region 52

K. D. Volkov, Major, Medical corps. A new sprayer of streptocide 55

L. B. Zatz, Major, Medical corps. Contribution to administration of electro-magnetic attendance in the eye wounds . 55

IN MEDICAL ASSOCIATIONS AND AT SCIENTIFIC CONFERENCES

B. S. Ruchkovsky. The second surgical army conference of the N-army 56

Prof. Margolin, Colonel, Medical corps. The ninth scientific conference of the hospitals of the front evaco-station of N-front 57

LETTERS FROM THE FRONT

N. S. Ugarov, Lieutenant-colonel, Medical corps. The counsel of the leading staff of N-front 58

Стр.

Подполковник медицинской службы, засл. деят. науки проф. П. И. Эмдин. Опыт проведения курсов по нейрохирургии на Воронежском фронте 59

Гвардии подполковник медицинской службы А. М. Агаджанян. Медицинская помощь раненым в ротном участке . 60

Капитан медицинской службы В. И. Репетько, майор медицинской службы М. С. Маскин, майор медицинской службы А. М. Раздьяконов. Случаи удаления из ран неразорвавшихся мин 61

НАМ ПИШУТ

Майор медицинской службы Г. Н. Сименштейн. Письмо в редакцию по поводу книги проф. В. В. Горинев-ской и М. Г. Рамм 62

Page

Prof. P. I. Emdin, Honorary promoter of sciences, Lieutenant-colonel, Medical corps. Experiment with conducting of lectures in neurosurgery at Voronezh front 59

A. M. Agadjanian, Lieutenant-colonel in guards, Medical corps. Medical aid to the wounded in a company district 60

B. I. Repetjko, Captain, Medical corps. M. S. Maskin, Major, medical corps, A. M. Razdiakonov, Major, Medical corps. The cases of removal from the wounds of unexploded mines 61

LETTERS TO EDITORS

G. N. Simenshtein, Major, Medical corps. A letter to editors concerning the book by prof. V. V. Gorinevskaya and M. G. Ramm 62

4 руб.

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ КРАСНОЙ АРМИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

НОЯБРЬ — ДЕКАБРЬ

МЕДГИЗ
1944

СОДЕРЖАНИЕ

Приказ Верховного Главнокомандующего № 220 от 7.XI 1944 г. 3

Генерал-майор медицинской службы Н. И. Завалишин. Военная медицина в Отечественную войну 6

ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

Засл. деят. науки проф. А. В. Вишневский. Нервный фактор в раневом процессе 12

Полковник медицинской службы проф. С. В. Гольман. Природа двигательных нарушений при ранениях конечностей без повреждения нервных стволов 22

Майор медицинской службы В. В. Кованов. Применение свежей крови животных при лечении тяжело раненых и больных 35

Полковник медицинской службы д-р медицинских наук Б. А. Петров. Защитные механизмы коленного сустава . . 38

Подполковник медицинской службы проф. А. Ф. Вербов. К диагностике отморожений в реактивном периоде 44

ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Подполковник медицинской службы Н. Я. Зильбер. Клинико-эпидемиологические особенности инфекционной желтухи . 48

А. А. Варфоломеева и А. Н. Гаврилова. Очистка лентоспирозных штаммов in vivo 52

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Я. М. Криницкий. Случай ранения легкого и околосердечной сумки 55

Д. Г. Свердлов. Новое в протезировании глаз 56

Майор медицинской службы Ф. Т. Власов. Редкий случай ранения полового члена 57

CONTENTS

The order of the Commander-in-Chief № 220 of the 7 November 1944 3

N. I. Zavalishin, Major-general, Medical Corps. Military medicine in the Patriotic war . . 6

Medico-evacuational problems

Prof. A. V. Vishnevsky, Honorary promoter of sciences. The nervous factor in the wound process 12

Prof. S. V. Golman. Colonel, Medical Corps. The nature of the motor disturbances in the wounds of extremities without injury of the nerve trunks . . . 22

V. V. Kovanov, Major, Medical Corps. Employement of animals' fresh blood in the traetment of the seriously wounded and sick 35

B. A. Petrov, M. D., Colonel, Medical Corps. Defence mechanisms of the knee-joint . . . 38

Prof. A. F. Verbov, Lieutenant-Colonel, Medical Corps. To the diagnosis of congelations within the reactive stage 44

The problems of antiepidemical protection of the troops

N. J. Zilber, Lieutenant-Colonel, Medical Corps. Clinical and epidemiclogical peculiarities of the infectious icterus 48

A. A. Varfolomeieva and A. N. Gavrilova. Purification of the leptospirous strains in vivo 52

Short communications

J. M. Krinitsky. A case of the lung's and pericardium lesion 55

D. G. Sverdlov. News in prosthetization of the eyes 56

F. T. Vlasov, Major, Medical Corps. A rare case of the penis' lesion 57

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
КРАСНОЙ АРМИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ
Ответственный секретарь
полковник медицинской службы С. М. БАГДАСАРЬЯН

Члены редколлегии:
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-майор медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

НОЯБРЬ — ДЕКАБРЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МОСКВА — 1944

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 160

Отв. редактор Е. И. СМИРНОВ

Издается с 1823 г. А13351. Подписано к печати 24/II 1945 г. Тираж 8 845.
Печ. л. 4+1/4 (вкл.). Уч.-авт. л. 5.84. Зн. в 1 п. л. 54 900. Цена 4 р. Заказ 3214.

Типография «Красное знамя». Москва, Сущевская, 21.

ПРИКАЗ
Верховного Главнокомандующего

7 ноября 1944 года № 220 г. Москва

Товарищи красноармейцы и краснофлотцы, сержанты, офицеры и генералы! Трудящиеся Советского Союза! Братья и сестры, насильственно угнанные на фашистскую каторгу в Германию!

От имени Советского Правительства и нашей большевистской партии приветствую и поздравляю Вас с 27-й годовщиной Великой Октябрьской Социалистической революции.

Двадцать седьмую годовщину Октябрьской революции мы празднуем в обстановке решающих побед Красной Армии над врагами нашей отчизны. Героическими усилиями Красной Армии и советского народа наша земля очищена от немецко-фашистских захватчиков.

В текущем году советские войска непрерывно обрушивали на врага удары, один сильнее другого. Зимой 1944 года Красная Армия одержала выдающиеся победы на Правобережной Украине и разгромила немцев под Ленинградом. Весной этого года Красная Армия очистила от немцев Крым. Летом 1944 года наши войска нанесли гитлеровской армии крупнейшие поражения, которые привели к коренному изменению обстановки на фронте борьбы с немецко-фашистскими захватчиками. Красная Армия сломила мощную оборону врага на Карельском перешейке, а также между Ладожским и Онежским озерами и выбила Финляндию из разбойничьего гитлеровского блока. В историческом сражении на белорусских землях войска Красной Армии наголову разбили центральную группировку немецких войск в составе трех армий, перебив и пленив при этом 540 тысяч немецких солдат и офицеров. В битве на Юге Красная Армия окружила и полностью уничтожила группировку немецких войск в составе двух армий. При этом советские войска истребили и взяли в плен более 250 тысяч немецких солдат и офицеров. Красная Армия разгромила немцев в Румынии, вышвырнула их из Болгарии, бьет немцев на территории Венгрии. Наши войска сокрушили Прибалтийскую группировку гитлеровской армии. За летнюю кампанию 1944 года Красная Армия с боями прошла от Кишинева до Белграда — свыше 900 километров, от Жлобина до Варшавы — более 600 километров, от Витебска до Тильзита — 550 километров. Война перенесена теперь на территорию фашистской Германии.

В ходе боев Красная Армия изгнала немецко-фашистских захватчиков со всей территории советской Украины и Белоруссии, Карело-Финской, Молдавской, Эстонской, Латвийской и Литовской советских республик. Низвергнуто трехлетнее фашистское иго на временно захваченных немцами землях наших братских советских республик. Красная Армия вернула свободу десяткам миллионов советских людей. Советская государственная граница, вероломно нарушенная гитлеровскими полчищами 22 июня 1941 года, восстановлена на всем протяжении от Черного до Баренцова моря.

Таким образом, истекший год явился годом полного освобождения советской земли от немецко-фашистских захватчиков.

Завершив освобождение родной земли от гитлеровской нечисти, Красная Армия помогает теперь народам Польши, Югославии, Чехословакии разорвать цепи фашистского рабства и восстановить их свободу и независимость.

В зимних и летних сражениях истекшего года Красная Армия показала возросшее воинское мастерство. Воины Красной Армии умело взламывали укрепленные полосы противника, стремительно преследовали, окружали и уничтожали врага. В наступательных боях проявилось четкое взаимодействие всех родов советских войск, высокое искусство маневра. Советские воины закалились в сражениях, научились громить и побеждать врага. Красная Армия выросла в грозную силу и превосходит врага своим воинским умением и боевой техникой.

Силы Красной Армии многократно умножаются слаженной работой советского тыла. Рабочие, колхозники, интеллигенция с честью выполняют свой долг перед Родиной, героически преодолевают трудности военного времени, бесперебойно снабжают Красную Армию вооружением, огнеприпасами и продовольствием. Советское хозяйство беспрестанно наращивает свои силы и оказывает все возрастающую помощь фронту.

Красная Армия и советский народ готовы нанести новые уничтожающие удары по врагу. Дни гитлеровского кровавого режима сочтены. Под ударами Красной Армии окончательно развалился фашистский блок, гитлеровская Германия лишилась большинства своих союзников. Мастерски проведенные армиями наших союзников крупные операции в западной Европе привели к разгрому немецких войск во Франции и Бельгии и освобождению этих стран от фашистской оккупации. Союзные войска перешли западную границу Германии. Совместные удары Красной Армии и англо-американских войск по гитлеровской Германии приблизили час победоносного окончания войны. Завершается окружение гитлеровской Германии. Логово фашистского зверя обложено со всех сторон, и никакие ухищрения врага не спасут его от неминуемого полного разгрома.

Красная Армия и армии наших союзников заняли исходные позиции для решающего наступления на жизненные центры Германии. Задача сейчас состоит в том, чтобы стремительным нати-

ском армий Объединенных наций в кратчайший срок сокрушить гитлеровскую Германию.

Товарищи красноармейцы и краснофлотцы, сержанты, офицеры и генералы! Трудящиеся Советского Союза!

В Великой Отечественной войне мы отстояли свою Родину от захватчиков, окончательно ликвидировали угрозу порабощения народов СССР фашистскими извергами и стоим теперь накануне полной победы.

В ознаменование исторических побед Красной Армии на фронте и великих успехов рабочих, крестьян, интеллигенции в тылу, в честь освобождения советской земли от немецко-фашистских захватчиков, — ПРИКАЗЫВАЮ:

Сегодня, в день 27-й годовщины Великой Октябрьской Социалистической революции, в 20 часов произвести салют в Москве, Ленинграде, Киеве, Минске, Петрозаводске, Таллине, Риге, Вильнюсе, Кишиневе, Тбилиси, Севастополе, Львове двадцатью четырьмя артиллерийскими залпами.

Да здравствует 27-я годовщина Великой Октябрьской Социалистической революции!

Да здравствует наше свободное советское отечество!

Да здравствует наша Красная Армия и Военно-Морской Флот!

Да здравствует великий советский народ!

Вечная слава героям, павшим в борьбе за свободу и независимость нашей Родины!

Смерть немецким захватчикам!

Верховный Главнокомандующий
Маршал Советского Союза

И. СТАЛИН

Генерал-майор медицинской службы
Н. И. ЗАВАЛИШИН

ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА В ОТЕЧЕСТВЕННУЮ ВОЙНУ

Четвертый раз советский народ встречает годовщину Великой Октябрьской социалистической революции в условиях Великой отечественной войны. 27-ю годовщину Октября наш народ отмечает в обстановке исторических побед. Героическая Красная Армия изгнала немецко-фашистских захватчиков из пределов нашей Родины, полностью очистив от них советскую землю. Красная Армия освободила также значительную часть Польши и помогает союзным нам Югославии и Чехословакии. Победоносно развивается наступление Красной Армии в Норвегии, Польше, Югославии, Чехословакии и Венгрии, где немецко-фашистские войска под мощными ударами наших войск терпят тягчайшие поражения одно за другим. Знамена Красной Армии, овеянные боевой славой, развеваются уже на территории врага — в Восточной Пруссии, куда перенесены теперь боевые действия.

Наше социалистическое государство в Отечественную войну особенно ярко выявило и продемонстрировало перед всем миром свои силы и организованность, вытекающие из преимуществ советской государственной системы.

«... экономическая основа советского государства оказалась несравненно более жизнеспособной, чем экономика вражеских государств» (И. Сталин). «Трудовые подвиги советских людей в тылу, равно как и немеркнущие ратные подвиги наших воинов на фронте, имеют своим источником горячий и животворный советский патриотизм», — сказал товарищ Сталин в своем докладе на торжественном заседании Моссовета, посвященном 27-й годовщине Октября. В этом патриотизме нет ни национальных, ни расовых предрассудков. Советский патриотизм одинаково свойствен и русским, и украинцам, и белоруссам, и представителям любой другой национальности, входящей в Советский Союз. В этом его сила, его творческая мощь.

В день 27-й годовщины Октября наш народ с особой гордостью взирает на свое детище — Красную Армию. Почти три года один на один Красная Армия вела ожесточенную борьбу с предательски напавшими на нас, вооруженными до зубов полчищами немецких захватчиков и не только остановила, но и разгромила их.

Неотделимой составной частью Красной Армии является ее медицинская служба. Велика роль этой службы в современной войне, которая ведется многомиллионными армиями. Возвращая в строй максимальное количество выздоровевших раненых и боль-

ных воинов, медицинская служба выполняет важнейшую задачу пополнения армии опытными, обстрелянными людскими резервами.

Обеспечивая профилактическими и противоэпидемическими мероприятиями благополучие войск, медицинская служба сводит к минимуму небоевые потери от болезней и таким образом поддерживает постоянную боеспособность наших войск. Выполняя эти ответственные задачи, медицинская служба вносит свой немалый вклад в общее дело победы над врагом.

В нашем социалистическом государстве, где человек является самым ценным капиталом, где забота о народном здравоохранении стоит на первом месте, медицинская служба окружена особым вниманием партии и правительства. Благодаря этому вниманию военная медицина имеет все средства, необходимые для лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий войск. Мощные госпитальные базы как в действующей армии, так и в тылу обеспечивают в медико-санитарном отношении любые наступательные операции Красной Армии. Военно-медицинская служба снабжена достаточно мощным парком санитарного транспорта всех видов, что позволяет своевременно и быстро эвакуировать раненых с поля боя в полевые госпитали и далее в тыл. Полевая подвижная техника гигиенического и противоэпидемического назначения является надежным, оправдавшим себя в ходе войны средством профилактического и противоэпидемического обслуживания войск. Советская медицинская промышленность, пережив огромные трудности в первый период войны, быстро сумела восстановить свои производственные мощности и без перебоя снабжает медицинскую службу всем необходимым ей медицинским имуществом. Тщательно продуманная штатно-организационная структура медицинской службы с учетом опыта прошлых войн позволила рационально организовать существующую систему медицинского обеспечения боевых действий войск и целесообразно расставить медицинские кадры всех специальностей. Все это дает возможность оперативного маневра ценными средствами. В силу этого наша служба может в любой боевой обстановке своевременно оказывать квалифицированную медицинскую помощь и организовать последующее лечение пораженных в боях. Можно без преувеличения сказать, что система лечебно-эвакуационного обслуживания Красной Армии, в основу которой положен принцип этапного лечения с эвакуацией по назначению, является наиболее передовой системой.

Однако наличие средств, даже при хорошо разработанной системе их применения, еще недостаточно для полного успеха работы медицинской службы. От медицинских начальников всех категорий требуется умелое и правильное использование этих средств в соответствии с конкретной боевой обстановкой.

От всех медицинских работников в сложных условиях современной войны требуется самоотверженное выполнение своего долга, готовность преодолевать любые трудности. Плотность огня на переднем крае теперь во много раз превосходит ту, которая была в прошлых войнах. Это создает исключительные трудности для работы передовых звеньев медицинской службы Красной Армии,

обеспечивающей оказание первой помощи раненым и вынос их с поля боя. Полевой медицинской службе полков и дивизий приходится работать в условиях, не имеющих ничего общего с условиями прошлых войн. Полковые и дивизионные медицинские пункты находятся под воздействием не только полевой артиллерии и авиации противника, но часто и его минометов. Значительно осложнилась работа полевых армейских, а также головных фронтовых лечебных учреждений, которым часто приходится работать в условиях отсутствия жилого фонда, в наскоро приспособленных или воздвигнутых примитивных постройках. Следует подчеркнуть, что наступательные операции Красной Армии характеризуются невиданными еще в истории темпами продвижения войск.

Можно представить себе, как трудно при таких темпах продвижения вперед обеспечить бесперебойное лечебно-эвакуационное обслуживание войск.

Как известно, в германской армии, которая наступала в первые месяцы войны значительно медленнее, медицинская служба не справилась с поставленной перед ней задачей.

Медицинская служба Красной Армии, благодаря наличию мощных армейских и фронтовых баз и правильному их использованию, сумела обеспечить невиданные по масштабу и темпам продвижения боевые операции Красной Армии.

За время Великой отечественной войны выросли кадры молодых талантливых организаторов военной медицины.

Среди них следует назвать начальников медицинской службы фронтов генерал-майоров медицинской службы Барабанова и Устинова, начсанармов полковников медицинской службы Букова и Кабанова, подполковника медицинской службы Краснова и др. Эти медицинские начальники хорошо изучили опыт Великой отечественной войны и извлекли из него все, что нужно для правильного руководства медицинской службой. В последних боевых операциях этого года они умело применили маневр лечебными учреждениями и полностью обеспечили эти операции в лечебно-эвакуационном отношении. Лечебно-эвакуационное обеспечение боевых действий Красной Армии предусматривает использование всех последних достижений медицинской науки. Отсюда ясно, как важна совместная, рука об руку, работа медицинских начальников со специалистами и в первую очередь с хирургами. Штатно-организационная структура медицинской службы Красной Армии предусматривает наличие как в Главном военно-санитарном управлении Красной Армии, так и в полевых управлениях фронтов и армий главных хирургов, главных терапевтов, главных эпидемиологов и других специалистов.

Главным хирургом Красной Армии является виднейший ученый нашей страны, лауреат Сталинской премии, Герой социалистического труда, президент Академии медицинских наук, генерал-полковник медицинской службы Н. Н. Бурденко. В рядах Красной Армии находятся лауреаты Сталинской премии академики Гирголав, Сперанский, академик Куприянов, профессора Шамов,

Левит, Ахутин, Банайтис, Вишневский, Еланский, Вовси, Поспелов и др.

Среди армейских специалистов за время Великой отечественной войны выросла целая плеяда талантливых хирургов-организаторов. Среди них товарищи Струков, Николаев, Воронцов, Чечулин, Бочаров, Поповьян и др.

Но самое замечательное и характерное для медицинской службы Красной Армии заключается в том, что все медицинские работники проявляют массовую самоотверженность и героизм. Это качество, свойственное всему великому советскому народу, блестяще проявилось и в медицинской службе.

В период героической обороны Одессы, Севастополя, Сталинграда и Ленинграда медицинские работники, деля с защитниками этих городов все опасности и невзгоды боевой обстановки, самоотверженно выполняли свою скромную, но почетную задачу.

В дальнейшем во всех наступательных операциях и боях Красной Армии при форсировании многоводных рек и Керченского пролива, в десантных операциях на Ладожском озере, Баренцовом море, всегда и всюду неотступно с войсками шли подразделения и учреждения медицинской службы. Работа медицинской службы в этих операциях часто протекала в исключительно трудных условиях.

Вот, например, выдержки из дневника работников медико-санитарного батальона дивизии, высадившейся в первых числах ноября 1943 г. на занятый тогда врагом Керченский полуостров.

«4.XI.1943 г. работали с полной нагрузкой, нормально, если не считать перерыва в работе операционной и перевязочной на полтора-два часа для восстановления помещения, стерилизации инструментария и материалов в результате бомбежки в первую половину дня. Во второй половине дня новый налет вражеской авиации, — и опять перерыв в работе на два часа.

В результате бомбежки засыпало в операционной и перевязочной инструментальные столы, раненых и медицинский персонал.

Ночью работа шла сравнительно нормально под методическим артиллерийским обстрелом противника. Отсутствие эвакуации морем затрудняло работу, перегружало сортировочное и эвакуационное отделение и сконцентрировало большое число людей на малой площади».

«... 5.XI.1943 г. Работа протекала аналогично до второй половины дня, так как утренний налет с воздуха принес ущерб операционной и перевязочной. При бомбежке во вторую половину дня были выведены из строя операционная и перевязочная. Работа остановилась опять на полтора-два часа. Операционная была переведена в другое помещение (на 1 стол) и к вечеру функционировала. Помещение как для операционной, так и для перевязочной не соответствовало своему назначению: без окон, без дверей, рассевшиеся стены, поврежден потолок».

Вот как описывает в дневнике ведущий хирург медсанбата майор медицинской службы Трофимов условия работы операционной при десанте на Керченский полуостров.

«Под операционную была занята небольшая проходная комната, в которой с трудом удалось поставить перпендикулярно друг к другу два стола и стол со стерильными инструментами и материалом. Растворы пришлось ставить на печке. При первом же разрыве близко упавшего снаряда стекла были выбиты, и, дабы обеспечить раненых и себя от осколков через окно, пришлось заложить его кирпичом, что ухудшило условия освещения. При маскировке окна был смертельно ранен санитар операционного взвода т. Хижняк. На третий день операционная была сильно повреждена взрывом авиабомбы, упавшей в соседней комнате: обвалился потолок и часть стены. Еще через два дня прямое попадание мины заставило прекратить работу на несколько часов. На следующий день в 11 час. вечера операционная подверглась обстрелу с бронекатеров; наружная стена была сильно повреждена, и пули проникали в помещение. 11 ноября прямым попаданием снаряда во время разгара работы операционная была полностью разрушена. У инструментального стола убита операционная сестра Колесникова».

Эти простые волнующие строки дают отчетливое представление о тех условиях, в которых приходится нередко работать медицинским работникам Красной Армии. Сколько любви к Родине и к своему делу, сколько мужества нужно, чтобы в таких условиях выполнять свой долг.

Замечательным является еще и то, что труд женщин-героинь нашел широкое применение в медицинской службе Красной Армии, начиная с самых передовых звеньев и кончая госпиталями глубокого тыла. Многие тысячи раненых бойцов и офицеров обязаны своей жизнью самоотверженному труду женщин медработников Красной Армии. Некоторые из них удостоены правительством высокого звания «Героя Советского Союза». Среди них лейтенант медицинской службы Т. А. Пушина, старшина медицинской службы М. З. Щербаченко, гвардии старший сержант медицинской службы З. И. Маресева.

Старшина медицинской службы М. З. Щербаченко одна из первых форсировала Днепр. Лодка, в которой переправлялась Щербаченко, села на мель. Щербаченко прыгнула в воду и вплавь добралась до берега. Следуя примеру Щербаченко, вплавь добрались до берега и все остальные. Под ожесточенным огнем противника Щербаченко оказывала медицинскую помощь раненым.

Самоотверженный труд и подвиги медицинских работников высоко оценены правительством. Наглядным показателем этого является количество награжденных правительственными наградами. Двенадцать человек медицинского состава за период Великой отечественной войны удостоены звания «Герой Советского Союза». Вот имена этих героев: младший лейтенант медицинской службы И. Д. Ионов, старший лейтенант медицинской службы В. А. Коляда, гвардии лейтенант медицинской службы В. И. Быковский, гвардии лейтенант медицинской службы С. В. Григорьян, лейтенант медицинской службы Т. А. Пушина, лейтенант медицинской службы Н. А. Копытенков, гвардии старшина медицинской службы

И. М. Петлюк, гвардии старший сержант медицинской службы З. И. Маресева, старший лейтенант медицинской службы Н. Я. Якупов, старшина медицинской службы М. З. Щербаченко, лейтенант медицинской службы С. А. Богомолов, старшина медицинской службы А. В. Зубков. Свыше 25 тысяч офицерского состава медицинской службы награждены правительственными наградами (без учета медалей за оборону городов). Из них до 60 человек награждено орденом Ленина, свыше 700 — орденом «Красное Знамя».

Благодаря вниманию партии и правительства к делу медицинского обеспечения Красной Армии, благодаря помощи советской общественности, в результате самоотверженного труда медицинских работников медицинская служба Красной Армии сумела возвратить в строй по выздоровлении свыше 70% всех санитарных потерь. Медицинская служба сумела обеспечить своими мероприятиями санитарное благополучие войск. В отличие от всех прошлых войн, которые не обходились без крупных эпидемий, Красная Армия за все время Великой отечественной войны не имела сколько-нибудь значительных вспышек инфекционных заболеваний. Впервые в истории русской военной медицины организация медицинского обеспечения боевых действий войск построена в Красной Армии по целесообразной, научно обоснованной, передовой системе. Впервые в русской военной медицине в Красной Армии в Великую отечественную войну осуществлена четкая система оказания специализированной лечебной помощи раненным в голову, грудь и живот, бедро и крупные суставы, начиная с армейских полевых медицинских учреждений. Впервые же в истории русской военной медицины осуществлена четкая система лечения легко раненых. Можно было бы продолжить этот перечень, свидетельствующий о росте нашей советской военной медицины. Ее достижения признаны рядом представителей союзных нам государств, знакомившихся с работой медицинской службы Красной Армии в дни Великой отечественной войны и опубликовавших свои впечатления на страницах печати.

Медицинские работники Красной Армии, вдохновляемые любовью к своей Родине и вождю народов товарищу Сталину, приложат все свои силы к тому, чтобы еще лучше обеспечивать предстоящие решающие бои с немецко-фашистскими разбойниками, чтобы еще лучше и быстрее лечить и возвращать в строй раненых бойцов и офицеров. К этому зовет призыв ЦК ВКП(б) к 27-й годовщине Великой Октябрьской социалистической революции: «Медицинские работники Красной Армии! Самоотверженно боритесь за спасение жизни и возвращение в строй раненых советских воинов! Да здравствуют медицинские работники Красной Армии!»

★

Засл. деят. науки проф. А. В. ВИШНЕВСКИЙ

НЕРВНЫЙ ФАКТОР В РАНЕВОМ ПРОЦЕССЕ

К учету нервного фактора в раневом процессе мы подошли, как известно, в системе работ по местному обезболиванию. В этих работах мы нашли основание для понимания роли и значения раздражения нервов в развитии раневых осложнений воспалительного характера, а следовательно, и самого воспалительного процесса. Отсюда мы и подошли к систематическому изучению лечебного действия местного обезболивания в предложенных нами методах новокаинизации (новокаиновая блокада) и к применению масляно-бальзамической повязки как фактора, снижающего сильное раздражение раны.

При указанных воздействиях течения воспалительного процесса шли в порядке определенных закономерностей и могли быть сведены в следующие положения:

1. Различные по своей этиологии воспалительные процессы в начале своего развития подчинены одним и тем же закономерностям.

2. Скрыто протекающий воспалительный процесс может быть выявлен, приведен к ограничению и разрешению.

3. Развитие воспалительного процесса может быть остановлено, пока он еще не вышел из стадии серозного пропитывания тканей.

4. Абсцедирующие формы приводятся к более быстрому разрешению — нагноению.

5. Подострые и некоторые хронические инфильтративные формы воспаления дают значительные трофические сдвиги, исчезая иногда в самый короткий срок.

6. Лечение инфицированных ран должно осуществляться в правильном разрешении вопроса взаимоотношения макро- и микроорганизма. В своем методе мы пользуемся средством, которое, убивая микроба, одновременно снижает сильные раздражения раны, вызываемые, помимо инфекции, и другими вредными моментами — воздух, травма и прочее. Таким средством является жидкая дегтярно-иодно-касторовая мазь, убивающая микроба, снижающая раздражение нервов раны, поддерживающая тем самым нормальный тканевой статус.

7. Гнойный очаг после его обработки по нашему методу может сразу оборвать деструктивную стадию воспаления и начать свою вторую — восстановительную, которая идет при живой реакции тканей. Рана или гнойная полость прекращает отделение

тноя, если при обработке очага не были просмотрены затечные карманы, щели и пр., т. е. инфекция не была закупорена.

8. При патологическом состоянии тонуса органов (кишки, матка, мускулатура конечностей и пр.) новокаинизация как слабое раздражение нервной системы выводит орган из извращенного тонуса. При этом означенное действие определяется как действие двух противоположных знаков: спазмы разрешаются, а в депрессии нарастает тонус.

Эти положения и определили основу того метода, который руководит теперь нами в нашей работе. В принципиальной его сущности он связан со следующими нашими представлениями:

1. Новокаинизация — не только выключение нерва, но и раздражение его.

2. В общей регуляторной функции нервной системы имеющееся раздражение в месте патологического очага притягивает к себе новое раздражение по закону «доминанты».

3. В воспалительном процессе состояние нерва определяет состояние ткани.

4. Изменение нерва в развитии процесса происходит во взаимодействии между ним и другими тканевыми системами.

5. Новое раздражение ухудшает состояние нерва по мере приближения к очагу воспаления и улучшает его по мере удаления от очага (пара- и антипарабиоз).

6. Извращенный тонус меняет свое состояние при новом раздражении по закону исходной величины.

Наш метод дал нам возможность сделать ряд предложений в различных вопросах лечения воспалительных процессов и расстройств тонуса. Лечение ран военного времени и их осложнений находится в центре нашего внимания. Принципиальная позиция в этом вопросе сводится к тому, что рана должна быть дренирована. Указанное положение было нами высказано еще в 1934 г. и с тех пор мы не меняли своей точки зрения. Это, однако, не закрывает пути к шву раны. Где нужно, он должен быть сделан.

Дренаж нужно осуществлять в условиях правильного взаимоотношения макро- и микроорганизма, т. е. дренаж раны должен быть активным. Как это сделать?

В хирургии не раз вставал вопрос о бестампонном лечении ран. Что нужно понимать под термином «тампон»? Очевидно, его нужно связывать прежде всего с представлением сдавления тканей раны с целью прижатия зияющего просвета сосудов. Таким образом, тампонада раны есть одна из мер остановки кровотечения. Но когда производится тампонада раны при открытом ее лечении в условиях отсутствия кровотечения из нее, тогда во всех случаях этот тампон должен быть своеобразным капиллярным дренажем. Мы идем дальше, когда говорим об его активных свойствах, учитывая его непосредственное действие на ткани, наряду с отсасывающим. При этих условиях, если дело касается постановки вопроса о бестампонном лечении как бездренажном, то едва ли здесь можно говорить о нем как о широком принципиальном методе

Показания к нему, как и к глухому шву раны, могут встретиться при массовом лечении ран, могут наблюдаться отдельные удачные случаи, но обобщать их не приходится, и ранения военного времени после их первичной обработки (иссечение или рассечение) чаще будут подлежать дренированию.

Введенный в рану марлевый тампон через несколько дней ослизняется; клейкие раневые выделения заполняют поры марли, и она теряет свою волосность, задерживает выделения и пр. Некоторые рассматривают тампон как инородное тело, мешающее заживлению раны. Самый акт тампонирования, а главное смена тампонов также должны считаться весьма вредными для раны, ибо они связаны с нарушением необходимого покоя ее, с уничтожением молодых эмбриональных клеток грануляций, молодых вновь образованных сосудов и пр. Перечисленные отрицательные моменты вредно влияют на ткани, задерживают их регенерацию, усиливают всасывание продуктов распада бактерий и их токсинов и т. д.

Все это верно для обычного марлевого тампона и обычной системы его применения и введения. Этих отрицательных свойств лишен масляно-бальзамический тампон-дренаж в нашей системе лечения инфицированных ран. Наш марлевый дренаж характеризуется могучим антисептическим действием и высокими дренирующими свойствами. На ткани же он не только вредно не действует, но, обладая способностью поддерживать в них слабое раздражение, содействует сохранению ими нормального трофического равновесия и появлению быстрой, живой реакции соединительной ткани. В этом мы усматриваем его положительное терапевтическое значение в противоположность обычному, сухому или пропитанному антисептическими жидкостями тампону. Последний будет восприниматься тканями действительно как постороннее тело, вызывающее в них сильное раздражение вследствие быстрого высыхания или насыщения его раневыми выделениями.

Влияние нашего дренажа на общую динамику воспалительного процесса определяется одним из установленных нами положений, характеризующих изменение течения воспаления и гнойной раны. Положение это гласит: «Гнойный очаг после его обработки по нашему методу может оборвать сразу деструктивную стадию воспаления и тут же начать свою вторую — восстановительную фазу, которая идет при необычайно живой реакции тканей. Рана или гнойная полость прекращает отделение гноя и т. д.».

Это положение указывает со всей ясностью на разницу между простой тампонадой и масляно-бальзамическим дренажем.

В практике эта разница будет видна на каждом шагу. Простая тампонада полости плевры после операции эмпиемы уже со второго дня будет сопровождаться таким обильным выделением гноя, что быстро потребует извлечения тампона. Масляно-бальзамический дренаж в ряде случаев может оставаться в течение 3—4 недель без вреда, и по извлечении его в плевре не окажется ни капли гноя.

Тампонада простой стерилизованной марлей брюшной полости в соседстве с кишечным швом немедленно поведет к выгнаиванию последнего с образованием калового свища. Масляно-бальзамический дренаж, наоборот, защитит кишечный шов от выгнаивания его в огромном большинстве случаев. Швы при закрытии наружного травматического пневмоторакса гораздо реже разойдутся в том случае, если они были под защитой масляно-бальзамического дренажа.

Эти примеры могут быть сколько угодно продолжены, чтобы иллюстрировать первую часть приведенного нами положения о прекращении деструктивной стадии воспаления при соответствующей обработке раны с применением масляно-бальзамического дренажа.

Вторая часть положения говорит о появлении при такой обработке живой тканевой реакции. Она будет подтверждаться примерами быстрого выполнения раны грануляциями, быстрого отторжения некротических тканей в ране, заживления всевозможного рода свищей и другими клиническими картинами, с несомненностью указывающими на эту реакцию.

Итак, дренаж раны нужно осуществлять при правильном разрешении вопроса взаимоотношения микро- и макроорганизма, т. е. он должен протекать в условиях наилучшего состояния ткани в ране и одновременного уничтожения микроба; это и значит, что он должен быть активным в широком биологическом смысле. Наша школа разрешает этот вопрос предложением долгосрочной защитной масляно-бальзамической повязки. Такая повязка обладает антисептическим действием, могучим дренирующим свойством и благоприятно влияет на состояние тканей в ране. Установлено, что масляные антисептики, приготовленные по нашей прописи, обладают бактерицидными свойствами не только в отношении стафилококка и стрептококка, но также и в отношении вегетативных форм анаэробных микробов, возбудителей газовой гангрены и столбняка. Эффективность масляных антисептиков зависит от качества, вида и процентного содержания входящих в них антисептических веществ. Применение этих лекарственных форм возможно не только при обычных инфекциях стрептококкового типа, но также, наряду с другими мероприятиями, и при тяжелых травматозах, обусловливаемых возбудителями анаэробных инфекций.

Дренирующие свойства отмечены в клинике не только в фактах отсасывания раневого отделяемого на длительных сроках марлей, пропитанной нашей жидкой мазью, но и в факте ее самостоятельного дренирования раны. Действие ее на состояние тканей связано с защитой от сильного раздражения нервов их. Здесь мы сталкиваемся с нашей гипотезой «слабого раздражения» как терапевтического фактора и учитываем его в разрезе регуляции через нервную систему тканевого обмена раны. Для поддержания нормального тканевого равновесия в ране необходимо устранить

в ней отрицательную трофическую реакцию, которая обычно связана с сильными ее раздражениями (инфекция, воздух, травма и пр.). Наш дренаж, защищая рану от сильных раздражений, заменяет их слабым, которое и служит в дальнейшем для поддержания нормального течения процесса в ране. Благоприятный статус ее неизбежно скажется в живой реакции соединительной ткани, определяющей в конечном итоге течение раны. Ведь микроб проявляет свою активность главным образом там, где ткань пострадала в своей жизнедеятельности.

1. Мы вскрыли гнойный очаг. Опорожнили его от гноя, некротических тканей. Уничтожили все карманы, щели и затеки его. Полость сделали простой. Тщательно обработали ее спиртом или Т-ra Jodi и выполнили марлей, пропитанной нашей жидкой дегтярно-касторовой мазью. Такая полость прекращает отделение гноя. Дренирование ее не представляет затруднений.

2. Вскрытый гнойный очаг не удается превратить в простую полость — без затеков, щелей, участков неотделившейся некротической клетчатки. Такая полость продолжает отделять гной. Дренирование ее идет через смену в ближайшие дни центральных выпускников при оставлении нетронутыми расположенных по периферии.

3. Рана имеет затечные карманы, но они могут быть обработаны по нашему способу — острая ложка, Т-ra Jodi, спирт. Такая рана заливается мазью и зашивается наглухо. Постепенно просачиваясь между швами, мазь дренирует рану.

В самое последнее время мы на основе своего общего метода разработали бестампонное лечение гнойных ран. Это достижение в области гнойной хирургии не только отражается на сроках заживления, но, вероятно, будет иметь большое значение и в профилактике сепсиса.

В настоящее время мы многие инфицированные и гнойные полости и раны зашиваем наглухо после заливки мазью, ведя их к первичному натяжению и получая его здесь. В материале мирного времени это было испытано прежде всего на остеомиэлите, при обработке костной полости. В дальнейшем мы перенесли эту систему на лечение травматических аневризм, когда после внутримешковой перевязки поврежденных сосудов полость должна была тампонироваться марлей. Мы ее заливали мазью и наглухо зашивали. В результате — prima intentio. Теперь эта методика применяется нами при лечении гнойных поражений суставов. Коленный сустав, еще недавно широко дренировавшийся марлевыми выпускниками при экономной резекции по нашему способу, в настоящее время заполняется мазью и зашивается наглухо в огромном большинстве случаев. Результаты, получаемые при этом, открывают перспективы на расширение показаний к оперативному лечению инфицированных суставов, извлечению посторонних тел из них, улучшение функциональных результатов послеоперационных вмешательств на них и пр.

Но это не бездренажное лечение. Залитая в полость мазь, медленно просачиваясь между швами, не останавливает дренирования ее, а в то же время ведет ее как бы к первичному заживлению.

Дальше мы разработали своеобразный способ дренирования раны при вторичном кровотечении, назвав его «слоистой тампонадой».

Первые два-три тампона небольших размеров, смоченные в спирте, подводятся к кровоточащему участку тканей и здесь под контролем пальца туго прижимаются до полной остановки кровотечения. Затем следует обычная масляно-бальзамическая тампонада, выполняющая всю полость раны. В послеоперационном периоде меняется только она, первые же прижимающие кровоточащее место тампоны орошаются эфиром, спиртом, заливаются жидкой мазью и оставляются лежать до самопроизвольного их отхождения.

В свете нашей концепции мы рассматриваем и вопрос покоя раны. Стремление врача создать покой раны и есть один из моментов учета нервного фактора — необходимость устранения в ней сильного раздражения. А устранение его и обусловливает устойчивое состояние тканей, при котором инфекция встречает неблагоприятные условия для своего развития. Базальное понятие о покое, как факторе содействующем нормальному ходу биохимических процессов в ране, не должно, однако, приводить нас к представлению, что покой в системе лечения ран — процесс пассивный. Если бы это было так, то с ним трудно было бы связать его благотворное действие на заживление раны. Там, где это действие обнаруживается, покой как состояние органа или тканей раны надо себе представить в устранении сильного раздражения нервов и в замене его слабым, при котором процесс, очевидно, не пассивный.

Вот почему мы, строя свою терапию в направлении осуществления слабого, длительного разражения, считаем, что создаем активный метод лечения.

Тот факт, что в ряде случаев раны заживают хорошо и без всякой с нашей стороны помощи, не диктует еще нам пассивного отношения к ним. В нем мы имеем лишь определенные указания путей природы, по которым процесс излечения иногда, несомненно, доходит до конца. Усиление этих путей должно создавать благоприятные условия для развития защитных приспособлений в ране, наилучшего ее трофического статуса. Поэтому мы, ставя положение о необходимости в огромном большинстве случаев дренирования раны военного времени, и высказали мысль о целесообразности применения активного дренажа в вышеуказанном нами смысле. При осуществлении его мы не довольствуемся только устранением гнойных выделений раны чисто механическим путем, но и активируем ее ткани и организм в целом для борьбы с остатками инфекции путем слабого раздражения нервной системы самой раны, а иногда и соседних с ней областей.

С нашей точки зрения прекрасные качества глухой гипсовой повязки вяжутся не только с покоем в обычной его оценке и понимании, но и с тем слабым раздражением, которое длительно сохраняет в себе вся система этой повязки, представляющая собой влажную камеру, влияющую как слабое длительное раздражение на обширную рецепторную зону кожной поверхности тела. Эта длительная реакция и действует благоприятным образом на регуляцию процессов заживления раны. Таким образом и здесь мы подходим к нашему лозунгу: «Через нервную систему — к ткани».

Изменения, происходящие при воспалении, мы понимаем в свете концепции школы Введенского о пара- и антипарабиозе. Изменения же тонуса трактуются нами в концепции закона исходной величины Вильднера.

Как уже было указано, с новокаинизацией мы связываем представление не только о выключении нерва, но и об одновременном его раздражении. Введенский называл состояние наркоза нерва раздражением, не считая анестезию за пассивный процесс. Нервная система отвечает на это раздражение в целом, в общей регуляторной функции. Раздражение это приходит в особенности в места повышенной чувствительности нерва (закон доминанты), т. е. в область болезненного очага. Здесь-то и происходят изменения в нервах. По исследованиям Введенского различные участки нервов, находящиеся в состоянии раздражения, различно воспринимают новое раздражение. Участки нерва, находящиеся в состоянии сильного раздражения, приходят к так называемому парабиозу. При получении нового раздражения их состояние ухудшается вплоть до отмирания нерва. Участки же нерва, находящиеся в слабом раздражении, воспринимают новое как антипарабиотический фактор, т. е. здесь нерв оправляется, а вместе с ним и ткань. Этим и определяется состояние ткани при воспалении. Данные эти были проверены нашим сотрудником д-ром С. П. Протопоповым (в лаборатории П. К. Анохина).

Если мы производили новокаинизацию в начале развития процесса, т. е. когда он до нагноения еще не дошел, когда был только отек тканей, серозное пропитывание их, то процесс можно было оборвать. В этом случае нервы являлись еще слабо раздраженными и новое слабое раздражение подействовало на них как фактор антипарабиотического значения. Там же, где дело подходит или уже дошло до нагноения, нервы были сильно раздражены и новое слабое раздражение привело их к парабиозу и некрозу.

Основные моменты в изменении состояния нерва и ткани и объясняют наши положения о влиянии новокаинизации на воспалительный процесс.

Одно из них гласит: воспалительный процесс при новокаинизации можно привести к выявлению, ограничению и разрешению. Это означает, что по мере приближения к болезненному очагу восстановление нерва прекращается и он подходит к парабиозу. Здесь и произойдет выявление, ограничение и разрешение (некроз ткани) воспалительного процесса.

Если при воспалительном процессе новокаинизация приводила к изменениям тканевого и гуморального характера в очаге, т. е. к изменениям трофического порядка, то при болезнях, характеризующихся расстройствами чисто функционального характера, она и влияла на это функциональное состояние. Здесь мы встретились с весьма любопытным фактом, имеющим также большое практическое значение. Мы применяли новокаиновый блок при патологических изменениях тонуса различных органов. Оказалось, что наше раздражение, будучи воспринято нервной системой, действовало на нее таким образом, что выводило орган (кишку, матку и пр.) из извращенного тонуса. Это свойство нервной системы (вегетативной) отвечать на раздражение эффектом противоположного характера тому состоянию, в каком находился орган, было отмечено нами в 1903 г., при изучении вопроса периферической иннервации прямой кишки. Симпатический нерв (n. hypogastricus) вызывал в ней депрессорный эффект только при достаточном тонусе ее, при атоническом же состоянии он повышал в ней тонус, вызывая сокращение. Много лет спустя этот характерный для вегетативной нервной системы факт был обобщен Вильдером и прокламирован как «закон исходной величины».

В каких лабораторных экспериментах мы находим подтверждение нашей гипотезы «слабого раздражения нервной системы» как терапевтического фактора, открывающего возможность влиять на повышение жизнедеятельности тканей? Переломы костей у кролика после поясничной новокаинизации заживают несравненно быстрее, чем у контрольных животных (Т. В. Калинина). Раздражение рецепторного аппарата кожи посредством длительной масляно-бальзамической повязки у кролика на подбритом брюшке обнаруживает значительное повышение активности соединительной ткани во всем организме (Б. Н. Сегал, Могильницкий).

При экспериментальном ожоге мазевый компресс вызывает активную экссудацию и пролиферацию в тканях. Новокаиновый блок при этом, повышая функцию элементов активной соединительной ткани как на месте раневого процесса, так и во всем организме, также ускоряет процесс заживления (М. С. Брумштейн и А. В. Горяева). В этих фактах отражается связь и сходство результатов двух внешне совершенно различных воздействий — новокаинового блока и масляно-бальзамической повязки.

Итак, наблюдения клиники привели нас к представлению о необходимости учета нервного момента в развитии и устранении осложнений в заживлении раны. В дальнейшем мы пришли к гипотезе «слабого раздражения» нервной системы как терапевтического фактора, меняющего течение воспалительного процесса. Эта гипотеза привела к предложению способов, при помощи которых мы действовали на воспалительный процесс, направляя его течение в желаемую для нас сторону. Накопленные факты с постоянным повторением определенных результатов позволили нам объединить их в ряд закономерностей. На основе их мы постро-

или метод лечения воспалительных процессов и расстройств тонуса. С этим методом мы и подошли к лечению травм военного времени.

Что нового дала наша школа в общей принципиальной стороне дела по лечению травматических повреждений военного времени?

1. Проблему взаимоотношения макро- и микроорганизма мы трактуем с наших исходных принципиальных теоретических позиций как проблему «раздражения» и «реактивности организма».

С этим и связано наше предложение масляно-бальзамической повязки как активного дренажа раны. Дальше мы разработали дренаж «через посредство смены центральных выпускников» и «слоистую тампонаду»—меру борьбы со вторичным кровотечением.

2. Наша школа поставила вопрос «вторичной обработки раны» как отдельную принципиальную проблему, обосновав его опять-таки с исходных теоретических позиций своего метода. Отсюда вытекли ее предложения лечения осложнений при проникающих ранениях грудной клетки, лечения инфицированных суставов, открытых инфицированных переломов, вторичных кровотечений и пр.

3. Мы внесли свое представление в понятие о шоке. Считая, что большинство патологических процессов в своем развитии связано с нервной системой и в основе своей имеет нервнодистрофический процесс тканей, мы и на шок смотрим как на сложный дистрофический комплекс, связанный во всех случаях с перераздражением нервной системы. Иначе говоря, мы считаем, что любой момент, в результате которого может развиться шок, организмом будет воспринят прежде всего в первичной нервной реакции. Ответ на полученное раздражение нервная система организует в сложном взаимодействии других систем, органов и тканей, что и ведет в конечном счете к появлению в организме различных продуктов нарушенного обмена. Таким образом, и токсемию мы понимаем не как простое всасывание продуктов разложения белка тканей из места их повреждения, но как сложный гуморальный момент, в результате нарушений обмена внедряющийся вторично в качестве второго компонента в механизм развития данного заболевания. Следовательно, с нашей точки зрения, патогенез шока всегда будет один — нервнодистрофический, причины или этиология его — разные. Таким образом, шок мы определяем как сложный дистрофический комплекс, связанный с перераздражением нервной системы, вся сумма расстройств которого должна объединяться под знаком расстройства обмена веществ и рассматриваться как явление вторичное. С этой точки зрения нет никакой необходимости делить шок на первичный и вторичный, ибо это есть по существу одно заболевание, развивающееся во времени.

4. В самое последнее время наша школа на основе своего метода разработала бестампонный способ лечения гнойных ран.

5. Предложенный нами ваго-симпатический новокаиновый блок показал свое большое значение в хирургии легких, плевры и сердца как мера профилактики и лечения шока.

Мы широко применяем в настоящее время свободную торакотомию без предварительного искусственного, подготовительного пневмоторакса при вмешательствах на легких.

При операциях же на сердце двусторонняя ваго-симпатическая блокада играет совершенно исключительную роль.

6. Масляно-бальзамическая тампонада остаточных полостей плевры после перенесенных осложнений при проникающих повреждениях груди позволяет подойти к ликвидации этих полостей биологическим путем, почти не прибегая к торакопластике.

Оставляем в стороне итоговые результаты частного порядка, к каким пришла наша школа в своей работе. Они многим известны.

Все вышеизложенное показывает, что наша школа, разрабатывая много лет вопросы воспаления и тонуса, тем самым задолго до войны подошла к тематике оборонного значения. Ей не пришлось приспособлять свою исследовательскую работу к военному времени. Она вышла с готовыми предложениями в области военно-полевой хирургии и не переставала их подвергать испытанию. Многие из этих предложений получили полную апробацию ГВСУ Красной Армии. На совещании хирургов 5—6 июня 1943 г. заместитель главного хирурга Красной Армии генерал-лейтенант медицинской службы проф. С. С. Гирголав заявил: «N-ский фронт применяет у себя предложенные Вишневским приемы и средства, основанные на определенных теоретических концепциях. Это кладет известный отпечаток на всю работу N-ского фронта, отпечаток в высшей степени интересный и желательный, проникнутый одной идеей. Эти идеи развиваются, приобретают значимость и становятся в высшей степени ценными. Я могу констатировать совершенно определенный рост всей хирургической работы, которая идет по правильному пути».

Полковник медицинской службы
проф. С. В. ГОЛЬМАН

ПРИРОДА ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАНЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВНЫХ СТВОЛОВ[1]

При огнестрельных повреждениях конечностей мы сталкиваемся со следующими двигательными нарушениями:

1. Паралич или парез мышц в результате полного или частичного повреждения нервного ствола. Опыт войны показал, что нередко частичные повреждения некоторых нервных стволов (срединный, седалищный, большеберцовый), в особенности в сочетании с травмой сосудов, уже в короткое время могут приводить к тяжелейшим нарушениям трофики мышц, суставов, костей, кожи, сухожилий, апоневрозов, вследствие чего возникают иногда неисправимые анкилозы, контрактуры и параличи. Эти нарушения имеют, несомненно, рефлекторное происхождение. Двигательные, чувствительные и трофические нарушения при этом выходят за пределы пораженного нерва.

2. Анкилозы и тугоподвижность суставов, сморщивание мышц, сухожилий и сухожильных влагалищ в результате их непосредственного повреждения. Указанные нарушения выражены тем резче, чем длительнее протекал воспалительный процесс и чем грубее были циркуляторные расстройства.

3. Параличи и контрактуры конечностей, развивающиеся без повреждения больших нервных стволов и являющиеся результатом ранения мягких тканей проксимальных, чаще дистальных отделов, иногда костей или мелких суставов кисти, лучезапястного сустава и т. д. Это так называемые рефлекторные контрактуры и параличи.

При «рефлекторных» расстройствах не удается обнаружить нарушений со стороны нервных стволов, электровозбудимость нервов и мышц приближается к норме, отмечается повышение сухожильных рефлексов и механической возбудимости мышц и ряд вегетативных нарушений — отек кисти или стопы, гипертрихоз, вазомоторные нарушения, истончение кожи, обезображение ногтей и т. д. Эти «рефлекторные» расстройства упорны в своем течении, консервативные методы (физиотерапия, лечебная физкультура) обычно пользы почти не приносят. По предложению Бабинского Лериш лечил их оперативными методами (периартериальная симпатэктомия).

Вопрос о рефлекторных контрактурах и параличах имеет большую историю, уходящую в глубину XIX столетия.

Господствующая ныне рефлекторная теория была сформулирована еще Шарко, Вейр-Митчеллом и другими, а до них Джоном Гунтером. Бабинский и Фроман подвели итоги предшествующему опыту и в своей блестящей монографии развили эту теорию. Они полагали, что даже при заживших ранениях в области травматического очага возникают импульсы, направляющиеся по симпатическим пу-

[1] Доложено на хирургических конференциях N-ского фронта 8.IV.1944 г., 29.V.1944 г. и в Московском обществе невропатологов и психиатров 31.V.1944 г.

тям к спинному мозгу. В клетках последнего создается патологическое раздражение, приводящее к контрактуре и вегетативным расстройствам. «Сцепенение» клеток передних рогов приводит к рефлекторному параличу.

Благодаря авторитету Бабинского рефлекторная теория получила почти всеобщее признание и вошла во все учебники и руководства. Дальнейшее развитие этой теории касается ряда существенных деталей. Получены новые данные хронаксиметрии, использованы учения о реперкуссии, об адаптационно-трофическом влиянии вегетативной нервной системы на поперечнополосатую мускулатуру (Орбели), о нейро-гуморальной передаче (медиаторы) и т. д.

Несколько иную точку зрения высказывал в период войны 1914—1918 гг. Оппенгейм. Он использовал для объяснения этих расстройств учение Мондкова о диашизе, говорил об «амнестической акинезии», «ложной иннервации», о соскальзывании и сдвиге в высших иннервационных аппаратах. С его точки зрения эмоциональный фактор способен привести к перестройке этих аппаратов и образовать симптомокомплексы, ничего общего не имеющие с истерией. В СССР «центральная» точка зрения пропагандируется П. К. Анохиным, использующим для объяснения рефлекторных расстройств экспериментальные данные Дюссер де Барена. Анохин, основываясь на точных электрофизиологических исследованиях, приписывает все дело «центральным выпадениям», блоку синапсов между таламокортикальным и пирамидным нейронами. В качестве метода лечения рефлекторных параличей он предлагает инъекции раствора стрихнина в периферический нерв.

Третья точка зрения, развиваемая у нас А. Г. Молотковым, связывает эти нарушения с расстройством особых трофических нервов, которые он отождествляет с кожными нервами. Эта теория имеет своим далеким источником учение о трофических нервах Сомюэля — автора середины XIX века. А. Г. Молотков лечит рефлекторные параличи и контрактуры перерезкой кожных нервов.

Упомянем вкратце о теории восходящих невритов, которая была развита в период войны 1914—1918 гг. Гийеном (Guillain). Эта теория не получила признания.

В последнее время М. С. Маргулис и Усова указывали на дегенерацию мионевральной передачи, ссылаясь на данные экспериментальной физиологии о медиаторах (Леви, Дэл и др.) и нейрогистологические исследования (Б. И. Лаврентьев). Эта теория не выдерживает критики. Непонятно, почему при дегенерации мио-невральной передачи должны усиливаться на больной стороне рефлексы и повышаться механическая возбудимость мышц.

Существует еще одна точка зрения, которая высказывалась в период войны 1914—1918 гг. многими авторами: в Германии — Левандовским, Нонне и др., во Франции — Клодом и в Англии — Херстом, но в настоящее время не пользуется достаточной популярностью. Упомянутые авторы считают, что между рефлекторными контрактурами и параличами, с одной стороны, и психогенными (или истерическими) параличами и контрактурами, с другой—принципиального различия не существует, и что рефлекторные контрактуры и параличи излечимы в быстрые сроки, как и психогенные.

Совершенно реальны следующие расстройства, часто встречающиеся в остром периоде при травмах конечностей:

1. Анталгическая (противоболевая) контрактура мышц, которая развивается закономерно в ответ на болевое раздражение при любом ранении конечностей. Анталгическая контрактура имеет истинно рефлекторное происхождение. Она держится в течение того периода, пока имеется боль. По исчезновении ее сохраняется некоторое сокращение мышц или укорочение сухожилий, постепенно исчезающее под влиянием упражнений.

2. Торможение двигательных центров в результате того же болевого фактора. При поражении отдельных периферических нервов могут страдать двигательная и чувствительная функции мышц, иннервируемых непораженными нервными стволами. Неде-

ятельность в силу наличия этого торможения сходит обычно нанет по мере исчезновения боли. В дальнейшем могут сохраняться привычные положения, напоминающие функциональные параличи мышц, которые наблюдаются, например, после исчезновения реального паралича лучевого нерва.

Я попытаюсь доказать, что теории, объясняющие длительные рефлекторные параличи и контрактуры одними объективными механизмами и не учитывающие субъективного фактора, ошибочны.

1. Защитники «рефлекторной» и «центральной» теорий не могут удовлетворительно объяснить тот факт, что эти расстройства имеют место только во время войны и крайне редко встречаются в мирное время. Хирурги давно заметили, что функция мышц восстанавливается во время войны медленнее, чем в мирное время. Предполагают, что имеет значение живая сила огнестрельного снаряда, чего нет при травмах мирного периода, но эта гипотеза ничем не обоснована. Непонятно, почему не все повреждения, обусловленные травмой от огнестрельного снаряда с большой живой силой, дают «рефлекторные» параличи и контрактуры. Указывают, что в военное время мы имеем дело с перевозбуждением вегетативной нервной системы, в частности, симпатической, что делает возможным подобные нарушения. Это резонное замечание делает непонятным отсутствие «рефлекторных» параличей и контрактур при легких ранениях конечностей и одновременных тяжелых ранениях грудной клетки, бедра и т. д. Я ни разу не видел «рефлекторных» параличей и контрактур при легких ранениях верхних конечностей у лиц, одновременно подвергшихся ампутации нижней конечности. Напротив, приходится поражаться, каких замечательных функциональных успехов добиваются раненые, если у них сохраняется хотя бы по одному пальцу на каждой руке. Получается впечатление, что рука или нога «ведет» себя иначе во время войны по сравнению с мирным периодом. И тот, кто хочет понять эти различия только с точки зрения местных нарушений симпатической нервной системы или блока в синапсах на периферии и в центре, не улавливает весьма существенного, чем характеризуются в периоды войн некоторые легкие ранения конечностей. Во время войны замаскированные формы эмоциональных состояний нередко удерживают конечности в самых причудливых позах.

2. Сторонники «рефлекторной» теории указывают (это подчеркивалось и Бабинским), что, в противоположность психогенным, при рефлекторных расстройствах мы сталкиваемся с невоспроизводимыми нарушениями (отек, акроцианоз, гипертрихоз, истончение кожи, обезображение ногтей, остеопороз костей, описанный еще Зудеком в 1900 г., и т. д.). Эти вегетативные расстройства, действительно, наблюдаются при «рефлекторных» параличах и контрактурах. Они частично имеют рефлекторное происхождение, но нельзя сказать, что именно рефлекторные механизмы целиком обусловливают вегетативные нарушения. Не подлежит сомнению, что вегетативные нарушения происходят главным образом вслед-

ствие длительной недеятельности и порочного положения конечностей, а не являются причиной последних. Зависимость нарушения вегетативной нервной системы и длительных контрактур и параличей может быть установлена в противоположном смысле: недеятельность мышц и порочное положение конечностей усиливает вегетативные расстройства. И действительно, мне удалось наблюдать известный и ранее факт, что по мере восстановления двигательной функции постепенно подвергаются обратному развитию и вегетативные нарушения, в частности, отеки подкожной клетчатки.

3. Бабинский, Фроман и др. указывают, что в противоположность истерическим расстройствам при «рефлекторных» контрактурах и параличах наблюдается объективное повышение сухожильных рефлексов на больной конечности, а также механической возбудимости мышц и легкое похудание последних. Факт оживления сухожильных рефлексов и механической возбудимости мышц при «рефлекторных» параличах и контрактурах не подлежит сомнению. Это явление, повидимому, объясняется ирритацией спинномозговых, возможно, и вышележащих рефлекторных центров. Однако представляет ли собой это явление особенность лишь рефлекторных параличей и контрактур? Не наблюдается ли оно и в тех случаях, когда имело место ранение, а паралич или контрактура не развились? Я специально с этой целью осмотрел большое число лиц, в прошлом раненных в конечности. Оказалось, что легкое повышение рефлексов и похудание мышц — обычное явление, сопутствующее ранению без всякого паралича и контрактуры. Из практики мирного времени мы знаем, что заболевание сустава ведет часто к повышению соответствующего, а иногда выше- и нижележащих рефлексов без того, чтобы при этом могла итти речь о параличе. Что касается мышечной атрофии, то и она, как это доказано старыми авторами (Корнилов, Даркшевич, Раймонд, а до них еще Педжет, Шарко и др.), имеет рефлекторное происхождение. При поражении суставов атрофия мышц не развивается у экспериментальных животных, если им предварительно перерезают соответствующие задние корешки спинного мозга (Раймонд). Атрофии, возникающие в ответ на воспалительный процесс в суставах и костях, в редких случаях достигают степеней, которые привели бы к параличу конечности. Во всяком случае законченный воспалительный процесс в суставе и кости ведет и к остановке процесса похудания окружающих мышц. Атрофия мышц является не признаком «рефлекторного» паралича или контрактуры, а сопутствующим поражению костей и суставов явлением. Несомненное значение в происхождении похудания мышц имеет и длительная иммобилизация в силу нарушения циркуляторных процессов.

4. Одним из кардинальных доказательств, использованных Бабинским и Фроман в их классической монографии в пользу объективности рефлекторных контрактур и параличей и отличия их от соответственных истерических расстройств, явилось «поведение» конечности во время хлороформирования.

В августе 1915 г. в La Pitié доставили солдата, раненного в верхне-наружную часть бедра, следствием чего был парез стопы и отчасти мышц бедра. Парез оказался совершенно непропорциональным поражению — налицо была незначительная мышечная атрофия, нормальная электрическая реакция мышц и нервов, сохранность ахиллова и коленного рефлексов и, судя по рентгеновскому снимку, никаких отклонений от нормы в суставе. На стороне поражения наблюдался чуть более высокий коленный рефлекс (это казалось спорным), ряд стойких вазомоторных расстройств и понижение кожной температуры. Для того чтобы проверить, не имеет ли здесь место агравация, авторы подвергли больного наркозу. Они считали себя вправе так поступить, так как многими врачами подобные расстройства трактовались как симулятивные. Оказалось, что во время наркоза не только не прошел парез, но усилилась сопутствующая парезу контрактура. Более того, повышение коленного рефлекса на больной стороне, казавшееся неубедительным, стало во время наркоза бесспорным.

С целью приобрести личный опыт в этом вопросе я подверг наркозу 7 больных, страдавших «рефлекторными» контрактурами и параличами; у 1 больного была контрактура коленного сустава, а у 6 больных — контрактуры и параличи кисти и пальцев. В 2 случаях был применен гексенал, во всех остальных случаях — эфир. Мои наблюдения полностью подтвердили данные Бабинского и Фроман. Оказалось, что контрактура не проходит в периоде возбуждения, появляется еще до пробуждения и исчезает лишь при глубоком наркозе. Разумеется, даже в состоянии наркоза не осуществляются пассивные движения в тех суставах, в которых имеются значительные первичные или вторичные изменения. Оказалось, что рефлексы стали более живыми не только на больной верхней, но и на здоровой нижней конечности с той же стороны. Как правило, отмечалось при неполном наркозе появление клонуса стоп, более выраженного на больной стороне; в 3 случаях наблюдались там же явные патологические рефлексы.

Таким образом, указанные факты, казалось бы, служат доказательством объективности «рефлекторного» паралича и контрактуры как органического или во всяком случае не функционального заболевания (физиопатического — по Бабинскому). Но возникает вопрос: не получаются ли аналогичные данные во время наркоза при явных истерических параличах? С целью изучения этого вопроса мной был подвергнут эфирному наркозу больной с длительным параличом истерического характера.

Точно выяснить анамнез не удавалось в силу незнания больным русского языка. Не подлежала сомнению длительность этого паралича, так как имелось небольшое диффузное похудание мышц плеча и предплечья. Об истерическом характере паралича можно было говорить потому, что: а) речь шла о резкой левосторонней сгибательной контрактуре в коленном, локтевом, пястно-фаланговых и межфаланговых суставах, не поддававшейся расправлению даже при чрезвычайном усилии врача; при этом большой палец располагался под четырьмя остальными, последние с большими усилиями прижимались к ладони; б) рефлексы на верхних и нижних конечностях были одинаковыми, патологических рефлексов не отмечалось; в) под влиянием психотерапии (суггестивная фарадизация) все движения полностью восстановились, гипертония исчезла. Спустя некоторое время гемиплегия рецидивировала. Вновь была применена фарадизация, которая привела к устранению паралича. К моменту наркоза пальцы на руке были разогнуты в пястно-фаланговых и межфаланговых суставах, а тонус мускулатуры повышен. Во время наркоза у больного наблюдалась резкая общая реакция в периоде возбуждения, но левая конечность оставалась неподвижной. Тонус мускулатуры,

кисти и пальцев при неполном наркозе оставался несколько повышенным, в дальнейшем контрактура полностью расправилась. К большому удивлению, при даче еще большей дозы эфира тонус мускулатуры не только не снизился, но рука приобрела то положение, в котором она находилась при поступлении больного в госпиталь, т. е. большой палец был резко приведен к основанию первой фаланги IV пальца, остальные согнулись в пястно-фаланговых и межфаланговых суставах, и, покрывая первый палец, оказались крепко прижатыми в ладони.

Точная интерпретация полученных мной данных пока затруднительна. Повидимому, многое зависит от той последовательности, с которой отдельные «этажи» центральной нервной системы включаются или впадают в состояние угнетения при наркозе. Не подлежит сомнению лишь одно: длительное пребывание конечности в определенном положении даже без предварительной травмы не обходится без того, чтобы в центральной нервной системе не возникло функциональных изменений и перестройки рефлекторных связей, что и выявляется затем при наркозе. Усиление контрактуры при «рефлекторных» нарушениях говорит только о том, что в течение длительного времени имели место контрактура или паралич, что в центральную нервную систему в этом периоде поступали импульсы определенной направленности. С этой точки зрения приобретают большой интерес новейшие экспериментальные данные Франкштейна, показавшего, что наложение гипсовой повязки на здоровую согнутую лапку животного сказалось при вызывании в дальнейшем децеребрационной ригидности даже после того, как гипс был снят и животное не обнаруживало уже никаких дефектов при ходьбе. Лишь в той лапке, которая ранее фиксировалась гипсом в сгибательной позе, при вызывании децеребрационной ригидности отмечалось сгибание, а в остальных трех конечностях — разгибание. Поскольку децеребрационная ригидность вызывается перерезкой ствола головного мозга, следует допустить, что эти «следовые» изменения возникают уже в нижних этажах нервной системы (ствол, спинной мозг). Однако не подлежит сомнению участие и высших отделов головного мозга, являющихся материальным субстратом образования условных рефлексов И. П. Павлова.

Приведенный выше случай истерического паралича показывает, что наличие «следовых» изменений не свидетельствует о том, что контрактура и паралич не могут быть излечены в кратчайшие сроки путем психотерапии. Следовательно, данные Бабинского и Фромана, которые получаются во время наркоза при рефлекторных расстройствах, необходимо признать точными, но интерпретацию их ошибочной. Если конечность находилась в течение длительного периода в состоянии недеятельности, то независимо от причины последней это сказывается образованием в центральной нервной системе новых связей, которые и выявляются при наркозе. Из всего этого можно сделать вывод, что «поведение» конечности во время наркоза не может помогать диференциальной диагностике между контрактурами и параличами истерического и «рефлекторного» порядка.

Источником «рефлекторной» контрактуры и паралича является анталгическая контрактура или торможение двигательных цент-

ров в результате болевого агента, сопутствующего всякому ранению. В дальнейшем возникает фиксация порочного положения конечностей, которая тем прочнее, чем длительнее была иммобилизация и болезненность и чем больше были выражены циркуляторные расстройства. В основе этой фиксации находятся процессы, развивающиеся на периферии и в центральной нервной системе. На периферии возникают вторичные нарушения суставов — растяжение связок, сухожилий, мышц и сморщивание сухожилий и сокращение мышц-антагонистов. При своевременном и надлежащем лечении эти вторичные нарушения легко устраняются в течение нескольких недель. С другой стороны, в центральной нервной системе образуются новые связи благодаря импульсам, возникающим в конечности, находящейся в определенном положении. Эти новые связи приводят к тому, что поддержание конечности в порочном положении в дальнейшем облегчается даже после исчезновения болевого фактора. Для того чтобы это порочное положение сохранялось, вовсе не требуется злой воли больного. Напротив, это положение становится для него новой нормой, а выход из него — затруднительным. Затруднения возрастают в тех случаях, когда имеются вторичные нарушения в суставах, приводящие к болезненности при пассивных и активных движениях. Для того чтобы вызвать активное движение пальцев, необходимы большие усилия больного и интенсивная борьба его с этим установившимся положением. Речь идет, таким образом, не о затрате усилий для поддержания порочного положения, а об отсутствии усилий к его устранению. Одновременно с описываемыми явлениями в области очага возникают импульсы, вызывающие ирритацию рефлекторных центров, вследствие чего оказывается повышение сухожильных рефлексов на больной конечности. Возможно, параличи находятся в зависимости от «оцепенения» не столько рефлекторных центров спинного мозга, сколько от состояния торможения или блока пирамидной системы в понимании Анохина. Вегетативные нарушения являются частично следствием возбуждения рефлекторных центров в спинном мозгу или клеточных образований пограничного ствола, но главным образом результатом местного воспалительного процесса, иммобилизации и порочного положения конечности, нарушающих циркуляцию крови и лимфы. Центральным пунктом проблемы рефлекторных параличей и контрактур, определяющим рациональную терапию, является зависимость их от усилий или воли больного к выздоровлению, без чего не могут дать надлежащего эффекта ни оперативные, ни консервативные методы лечения.

С тех пор, как я твердо стал на ту точку зрения, что между истерическими, с одной стороны, и «рефлекторными» параличами и контрактурами, с другой — принципиального различия не существует, результаты лечения оказались весьма благоприятными. За время Отечественной войны мне удалось излечить одномоментно около 40 больных с двигательными нарушениями «рефлекторного» порядка и соответствующими вегетативными расстройствами. Излечению, конечно, поддавалось только то, что не было связано с

повреждением нерва или стойкими нарушениями в суставах, костях и мышцах и что не препятствовало механически осуществлению необходимых движений. Одномоментному устранению не поддавались и вегетативные нарушения; однако можно было отметить, что по мере восстановления двигательной функции постепенно подвергались обратному развитию такие расстройства, как отек, гипертрихоз и акроцианоз. Что касается остеопороза костей, то его исчезновение представляет собой длительный процесс. В настоящее время мной производятся наблюдения, в какие сроки и в каком порядке происходит восстановление структуры кости после появления движений в конечности.

Большое значение имеет диференциальная диагностика между истинными анкилозами, контрактурами и параличами, с одной стороны, и рефлекторными (психогенными) расстройствами того же типа — с другой.

В силу того что между психогенными и «рефлекторными» параличами большинством авторов устанавливаются различия, вопрос о диференцировании органических и психогенных параличей и контрактур в литературе оказался недостаточно освещенным.

Прежде всего анализу подлежит следующее: являются ли данное порочное положение или недеятельность воспроизводимыми здоровым человеком. Во-первых, необходимо принимать во внимание индивидуальные различия в моторике отдельных людей и даже у одного и того же субъекта в разных руках. Во-вторых, следует помнить, что анкилоз или чрезмерно выраженная контрактура одного сустава оказывает влияние на функцию других суставов этой конечности и мышц, непосредственно не затронутых патологическим процессом.

Так, например, анкилоз пястно-фалангового сочленения III или IV пальца и в меньшей степени II или V пальца в положении разгибания препятствует свободному сгибанию в пястно-фаланговых суставах и отчасти во вторых межфаланговых суставах остальных пальцев, больше всего соседних. Резкое ограничение сгибания первых фаланг объясняется напряжением ладонного апоневроза, производимого разогнутым III или IV пальцем и фиксацией первых фаланг соседних пальцев fascieuli tendinei. Невозможность сгибания концевых фаланг соседних пальцев обусловливается растяжением той части сухожилия глубокого сгибателя пальцев, которая направляется к III или IV пальцу. Одинаковым образом контрактура или анкилоз III или IV пальца в пястно-фаланговых суставах в положении сгибания приводит к ограничению разгибания первых фаланг соседних пальцев. Сгибательная контрактура в лучезапястном суставе делает невозможным или крайне затруднительным сгибание первых и вторых межфаланговых суставов всех пальцев, разгибательная контрактура в том же суставе приводит к затруднению при разгибании межфаланговых суставов.

Таким образом, прежде чем решать вопрос о том, какие движения больной может выполнять, необходимо учесть изменения, вносимые в двигательную функцию отдаленных мышц анкилозом или тугоподвижностью определенных суставов.

Некоторые порочные положения, обнаруживаемые у больного, не воспроизводимы в нормальных условиях подавляющим большинством людей, некоторые воспроизводимы лишь отдельными субъектами, и, наконец, существуют положения, воспроизводимые

всеми здоровыми людьми. К числу первых относятся изолированные сгибания концевых фаланг без одновременного сгибания средних. Лишь при фиксации средней фаланги возможно изолированное движение концевой у здорового человека.

Объясняется это тем, что сухожилия глубокого сгибателя пальцев проходят через chiasma tendinum m. flexor digitorum sublimis и охватываются ею на уровне второй фаланг. Здесь сухожилие глубокого сгибателя пальцев окутывается vagina tendinum digitalis и охватывется ligam. cruciatum digiti, сближающим его со второй фалангой. При сокращении глубокого сгибателя пальцев концевая часть его сухожилия в силу указанных выше анатомических отношений, сгибая концевую фалангу, неизбежно вовлекает при этом и вторую. Свободный подход сухожилия длинного сгибателя большого пальца к концевой фаланге дает возможность изолированного сгибания последней. Также невозможно изолированное сгибание в первом и втором межфаланговом суставе V пальца без одновременного сгибания в этих же суставах IV и III пальца, что объясняется не только наличием fasciculi transversi, связывающих соседние пальцы, но и общего сухожильного влагалища для сгибателей V, IV и III пальцев. Точно также невозможно изолированное сгибание в первом и втором межфаланговом суставе III или IV пальца без одновременного сгибания соседних пальцев, если при этом не производится форсированного разгибания последних. Таким образом, анализ двигательной функции у больного с «рефлекторной» контрактурой или параличом предполагает не только знакомство с иннервацией мышц, но и знание начала и прикрепления их, знакомство с анатомическими данными, относящимися к сухожильным влагалищам, апоневрозам, сухожильным перемычкам и внутрисуставным связкам.

Нелепо лечить методом психотерапии реальные нарушения двигательной функции, обусловленные указанными выше анатомическими соотношениями мышц, сухожилий, суставов, связок и т. д.

При обследовании больных с рефлекторными контрактурами и параличами с точки зрения диференциальной диагностики необходимо учитывать следующее:

а) если у больного при наличии длительной контрактуры не отмечается утолщения или обезображения суставов, то следует всегда иметь в виду возможность ложной контрактуры; б) если, медленно преодолевая сопротивление мышц и производя пассивные движения, удается привести к расслаблению мышечного тонуса, разогнуть или согнуть пальцы до определенного угла и сохранить это положение после лишения поддержки хотя бы на короткое время, то речь идет об исправимой, ложной контрактуре; в) если при разогнутых и сведенных пальцах испытывается сопротивление при попытке разведения их, разгибания и сгибания в пястно-фаланговых и сгибания в межфаланговых суставах (так называемая «рука акушера») и если после форсированного сгибания или разведения они быстро с силой возвращаются в прежнее положение, то дело идет о ложной, т. е. исправимой в короткие сроки контрактуре и хорошей функции как сгибателей, так и разгибателей пальцев; г) если у больного все пальцы форсированно сведены, а при пассивном разведении они остаются хотя бы на несколько секунд в положении разведения или если пассивно согнутый палец задерживается в новой, искусственно приданной ему позе, то речь идет о ложной контрактуре мышц; д) если при попытке разогнуть форсированно согнутые пальцы ощущается их дрожание, то речь идет о нереальной в органическом смысле контрактуре мышц; е) если у больного пальцы разогнуты, неподвижны и сведены, а из анамнеза или из документов удается выяснить, что это положение несколько раз менялось, если больной лично никаких попыток к исправлению контрактуры не делает, то следует подумать о ложной контрактуре; ж) если у больного наблюдается грубое расстройство поверхностной чувствительности с резкой верхней границей (в виде чулка, перчатки и т. д.), не соответствующей корешковой или стволовой иннервации нервов, то следует всегда подумать о том, что расстройство чувствительности, а возможно, и двигательные нарушения имеют истерический характер.

При диференцировании истинных контрактур или анкилозов и соответственных нарушений, наблюдающихся при «рефлекторных» расстройствах, необходимо принимать во внимание следующее:

а) при истинной мышечной контрактуре не ощущается никакого напряжения мышц при пассивных движениях в пределах образованного ею угла; при ложной контрактуре ощущается форсированное напряжение мышц даже в пределах последнего; б) истинная контрактура мышц дает возможность дальнейшего пассивного сгибания или разгибания в суставе за пределы указанного выше угла за счет эластичности ткани; при попытке пассивного расправления ложной контрактуры как в начале, так и в конце испытывается резкое напряжение мускулатуры; в) истинная мышечная контрактура никогда не бывает полной, т. е. если палец или предплечье находится в состоянии резкой флексии, то всегда имеется хотя бы незначительный угол, в пределах которого могут осуществляться как пассивные, так и активные движения; ложная контрактура часто бывает полной, т. е. пальцы оказываются до отказа прижатыми к ладони; г) при истинной мышечной контрактуре пассивно разогнутая фаланга, внезапно лишенная поддержки, плавно принимает прежнее положение, достигая определенного угла, при ложной контрактуре пассивно разогнутая фаланга принимает это положение толчками, причем если ранее имело место сгибание не до отказа, то угол часто меняется, становясь то более острым, то более тупым (по сравнению с исходной позой); д) при истинной контрактуре больной имеет возможность задержать палец, предплечье, кисть и т. д. в любом положении в пределах образованного ею угла; при ложной контрактуре произвольные движения в этих условиях оказываются невозможными; е) при истинном анкилозе, например, локтевого сустава, под прямым углом у больного определяется отчетливое напряжение сгибателей, если ему предложить произвести сгибание предплечья, хотя никакого перемещения конечности в этом суставе не происходит; при ложном анкилозе сустава под прямым углом у больного не отмечается напряжения флексоров при предложении сгибать предплечье; напротив, при этом можно констатировать напряжение разгибателей и более отдаленной мускулатуры.

Если при ложном анкилозе врач пытается форсированно разгибать предплечье, то удается всегда отметить значительное напряжение сгибателей, а при форсированном пассивном сгибании — напряжение разгибателей предплечья.

Более затруднительным является диференцирование реального и «рефлекторного» (истерического) паралича. Задача состоит в том, чтобы выявить возможность активной иннервации в парализованной мускулатуре.

Можно использовать следующие простые методы: а) у больного с вялым параличом кисти и пальцев пассивно сгибают или разгибают один палец, в то же время ему предлагается при закрытых глазах производить активные движения одним или двумя пальцами здоровой руки и, кроме того, отвечать на различные вопросы. Если неожиданно лишенный поддержки палец задерживается в новом приданном ему положении, то речь идет о функциональном параличе, безусловно устранимом в короткие сроки; б) руки кладут на стол ладонями книзу, после чего в различном порядке производится одновременное разгибание пальцев на обеих руках. Затем неожиданно для больного разогнутые пальцы лишают поддержки и если на больной стороне испытуемый самое короткое время удерживает палец в положении разгибания, то речь идет об истерическом параличе, хотя бы при этом имелись и сопутствующие вегетативные расстройства.

Наибольшие затруднения создаются при диференцировании истинных параличей лучевого нерва и псевдопараличей разгибательной мускулатуры.

Так, в одном из моих случаев речь шла о ранении мягких тканей разгибательной поверхности верхней трети левого предплечья. У больного в течение 5 месяцев после ранения отмечался полный паралич мышц вялого типа, осуществляю-

щих движение в лучезапястном, пястно-фаланговых и межфаланговых суставах этой конечности. Удалось выявить лишь незначительное приведение большого пальца. Указанные выше пробы не дали никакого результата, в такой мере мускулатура оказалась денервированной. Исследование электровозбудимости мышц и нервов обнаруживало полную сохранность проводимости срединного и локтевого нервов, а также mm. brachioradialis, supinator, обоих экстензоров кисти и отсутствие возбудимости разгибателей пальцев. Таким образом, речь здесь шла о поражении лучевого нерва ниже отхождения веточек к перечисленным выше мышцам и «рефлекторном», т. е. излечимом в короткие сроки, параличе остальных мышц.

Следует отметить, что исследование электровозбудимости мышц и нервов имеет огромное значение в выявлении реальности или нереальности паралича и контрактуры в органическом смысле. Следует лишь учитывать существование не всегда понятной диссоциации между данными электровозбудимости и реальными функциональными возможностями мышц. Кроме того, если привычное положение сгибания пальцев имеет место в течение многих месяцев, то раздражение лучевого нерва на плече не дает полного разгибания пальцев и всей кисти, хотя в дальнейшем эти произвольные движения могут быть получены после кратковременного упражнения, если только не произошли грубые вторичные изменения в суставах, сухожилиях и связках, препятствующие механически произвести необходимые движения.

В диагностику реальности и нереальности контрактуры в органическом смысле слова значительные затруднения вносит болевой агент. Когда осуществляется медленное пассивное разгибание пальцев, находящихся длительно в состоянии сгибательной контрактуры, больные часто заявляют, что они испытывают резкую боль, и это заставляет прекратить неприятную для них процедуру. Исследование большого количества раненых с повреждением периферических нервов и последующими контрактурами показало, что при наличии реальной боли мы сталкиваемся с совершенно закономерными постуральными рефлексами. Среди невропатологов принято считать, что постуральные рефлексы фактически имеют самое ограниченное применение в клинике: за ними остается главным образом теоретическое значение. Однако местные постуральные рефлексы Лери, Майера, Мари-Фуа уже зарекомендовали себя в клинике с положительной стороны. Они имеют большое практическое значение, главным образом, при заболеваниях периферической нервной системы. Упомянутая выше анталгическая контрактура является фрагментом стойкого постурального рефлекса. Если при поражении локтевого сустава или срединного нерва, которые привели к сгибательной контрактуре предплечья, производить медленно разгибание в этом суставе, то в ответ последует закономерная реакция мускулатуры всего тела. Если производить в том же суставе сгибание, пронацию или супинацию предплечья, то каждый из перечисленных актов даст строго определенную реакцию мускулатуры всего тела и конечностей, соответствующую производимому раздражению. Такие же закономерные реакции существуют при пассивных движениях лучезапястного, пястно-фаланговых, межфаланговых и других

суставов. С общежитейской точки зрения можно было «просто» объяснить эти движения всей мускулатуры тела в ответ на пассивное сгибание и разгибание в локтевом или других суставах тем, что больной инстинктивно избегает наносимых ему болевых раздражений, «щадит» руку и т. д. Когда больной дает эти реакции в ответ на раздражение суставов, он обнаруживает постуральные рефлекторные реакции, которые возникают помимо его воли. Если повторять в различном порядке указанные выше раздражения суставов, то легко убедиться в том, что каждому пассивному акту соответствует определенный тип постуральных рефлексов. Поражение периферических нервов, в особенности срединного, седалищного и большеберцового, а также костей, суставов и мягких тканей в остром периоде ведет к резкому повышению постуральных рефлексов.

Возвращаясь к вопросу о диференциальной диагностике контрактур анталгического и истерического характера, следует подчеркнуть, что постуральные рефлексы в этом вопросе могут принести пользу.

Если больной, не разгибающий самостоятельно сустава, дает в ответ на медленное пассивное разгибание или сгибание, пронацию или супинацию всегда закономерные и соответствующие каждому из перечисленных актов постуральные рефлексы, то мы сталкиваемся с реальной анталгической контрактурой. Если реакция носит различный характер и не повторяется закономерно, то жалобы на болезненность или их интенсивность следует считать подлежащими сомнению.

Лечение больных с рефлекторными параличами и контрактурами представляет собой задачу, которая должна быть продумана во всех деталях, прежде чем приступить к ее разрешению. Прежде всего необходимо исключить представление о симуляции и аггравации этих больных. Обследование их должно представлять собой спокойное взвешивание всех данных, обнаруженных при осмотре. Если в результате вышеприведенного анализа клинической картины у врача возникло убеждение, что часть явлений представляется реальной (например, тугоподвижность лучезапястного сустава и т. д.), а другая часть не укладывается в картину поражения нерва, сустава и т. д. и, следовательно, может быть быстро излечена, то полезно сообщить об этом больному. Психологически больной испытывает больше доверия к тому врачу, который точно устанавливает диагноз и прогноз. Процесс диагностики уже является началом терапии, так как нелогичность обнаруженных врачом двигательных нарушений оказывается в основных чертах понятной и больному, который инстинктивно чувствует, что врач знает сущность его заболевания. Лечение следует проводить в атмосфере сочувствия к больному, при полном контакте с ним. Оно ни в коем случае не должно напоминать методы Кауфмана, который в Германии в 1914—1918 гг. совмещал раздражение электрическим током и военную команду. Однако лечение должно проводиться настойчиво, желательно в один прием, хотя бы на одного больного потребовалось несколько часов. Опыт показывает, что при наличии не-

скольких больных одной категории излечение последующих удается гораздо легче. Таким образом, каждый больной «лечит» последующих больных. В качестве раздражителей я чаще всего использовал фарадический ток. Едва ли последнему принадлежит какая-нибудь специфическая роль по устранению «рефлекторных» параличей и контрактур. Можно было бы говорить о том, что фарадический ток, воздействуя на высшие болевые центры (зрительный бугор), снимает блок синапсов или торможение вышележащих центров. Но трудно представить себе, какое влияние ток мог бы оказать на контрактуру, если учесть, что в основе ее, согласно воззрениям большинства авторов, лежит раздражение клеток передних рогов спинного мозга.

Проводя раздражение фарадическим током и сопровождая его психотерапевтической беседой, врач должен чувствовать себя спокойным и абсолютно уверенным в успехе предпринятого лечения. Всякого рода раздражение врача, окрики, обвинение в симуляции являются совершенно бессмысленными. Они вредят делу, так как разрушают нормальный контакт между врачом и больным, искренне убежденным в реальности своего заболевания, что может привести к отказу больного от лечения. Напротив, необходимо использовать самый незначительный успех, ободряя больного, давая ему возможность отдохнуть, если в этом имеется необходимость. После 5—10-минутного отдыха лечение должно быть продолжено до получения возможного эффекта. Если врач начинает чувствовать, что у больного нарастает раздражение, необходимо прекратить на несколько минут фарадизацию с тем, чтобы после успокоения больного и установления с ним контакта лечение могло быть успешно закончено.

Опыт показывает, что больные слабо реагируют на электрический ток в течение первых 10—15 минут раздражения. Расстройства чувствительности больных не представляют собой обмана. Объяснение Анохиным этих расстройств «центральными выпадениями» достойны внимания. Однако совершенно аналогичные явления мне неоднократно приходилось наблюдать и при истерических анестезиях. Во всяком случае они при фарадизации полностью исчезают при рефлекторных параличах задолго до появления движений.

При раздражении электрическим током иногда в течение длительного периода не удается получить никакого двигательного эффекта. Начинает казаться, что произошло недоразумение, что реальный паралич или контрактура ошибочно были приняты за истерические. Но спустя некоторое время наступает «прорыв», и лечение удается затем завершить довольно быстро, в отдельных случаях за 10—15 минут.

Получается впечатление, что нужно дойти до определенного порога раздражения, после чего уже легко достигнуть излечения.

Каждого излеченного больного незамедлительно демонстрируют другим подобным же больным, которые обычно жадно следят за результатами лечения. Быстрое излечение больного, у которого в

течение длительного периода наблюдался паралич или контрактура, оказывает оздоровляющее влияние на других больных, поднимает их тонус и повышает авторитет врача и лечебного учреждения. Сам излеченный больной почти никогда не обнаруживает радости по поводу освобождения его от симптома. Аналогичные явления наблюдаются и у явных истериков, которые, будучи освобожденными от симптома, чувствуют себя как «ограбленные» или лишенные «ореола» больного. Даже в случае появления движения в полном объеме и силе больные в дальнейшем избегают пользоваться излеченной рукой, проделывая необходимые движения лишь при появлении врача. После выписки в часть у них нередко наблюдаются рецидивы. Целесообразно поэтому после появления движений приобщить больных к работе с целью использования излеченной руки. При выписке в часть желательно предварительно показать излеченных больных врачу части с тем, чтобы предотвратить рецидивы. Не подлежит сомнению, что последним способствует длительное пребывание конечности в порочном положении со всеми центральными и периферическими последствиями, если у больного нет достаточно сильного стимула к выздоровлению.

★

Подполковник медицинской службы
В. В. КОВАНОВ

ПРИМЕНЕНИЕ СВЕЖЕЙ КРОВИ ЖИВОТНЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛО РАНЕНЫХ И БОЛЬНЫХ

В период зимней наступательной операции, когда коммуникации были сильно растянуты, некоторые госпитали не везде могли быть обеспечены необходимым ассортиментом продовольствия. К тому же были затруднения в эвакуации раненых, что привело к длительному пребыванию их в полевых госпиталях.

Помимо хирургического и медикаментозного лечения, раненые после значительных кровопотерь, подчас находившиеся в септическом состоянии, нуждались в особо калорийном и легко усвояемом питании. В создавшихся же условиях подвозить госпиталям диэтетические продукты, богатые жирами и витаминами, также как и весьма ценный сухой гематоген, не представлялось возможным.

Тогда мной было предложено использовать в лечебных целях свежую кровь животных, названную «гемокостол». Свежую кровь мы получали вначале непосредственно в госпиталях при убое скота.

Для этой цели предварительно вскрывали крупные сосуды шеи, выпущенную кровь собирали в простерилизованную посуду, после чего животное умерщвляли. В целях сохранения крови в свежем виде до 5—6 дней мы применяли 0,5% раствор лимоннокислого натрия с небольшим прибавлением глюкозы. Затем полученная кровь по всем правилам асептики разливалась в полулитровые и литровые бутылки и хранилась в прохладном месте.

По назначению врача тяжело раненым и больным давалось per os два-три раза в день по 100—200 см³ свежей крови. По проведенным наблюдениям и имеющимся данным в ХППГ, где начальники капитан медицинской службы Крылов, майор медицинской службы Черетянков, майор медицинской службы Шахназаров и капитан медицинской службы Скляров, можно судить о чрезвычайно эффективном действии применяемого нового терапевтического средства «гемакостол».

Нетранспортабельные раненые с проникающими ранениями грудной клетки, а также раненые с осложненной вторичной инфекцией при значительных повреждениях конечностей быстро выводились из тяжелого состояния и становились вполне транспортабельными.

Ободряющие результаты, полученные нами при даче раненым «гемокостола», заставили нас продумать вопрос о постоянном источнике получения свежей крови животных. Вопрос этот стал особенно актуальным с наступлением лета и сокращением убоя скота. Таким образом, мы пришли к мысли о необходимости создания постоянного стада. Разработав технику взятия крови у животных, мы при участии ветеринарной службы армии отобрали гурт здорового скота в 150 голов. Отобранный рогатый скот подвергался тщательному клиническому и лабораторному обследованию для исключения ряда зоонозных заболеваний (туберкулез, бруцеллез, ящур и др.), после чего на животного заводилась карточка с отметкой о времени и характере произведенного обследования. Животное, прошедшее все исследования и признанное годным, изолируется в отдельном стаде при ветеринарном лазарете, не соприкасающемся с другими животными. Повторный осмотр производится в сроки, установленные ветеринарным врачом лазарета.

Техника взятия крови у животных следующая: животное (быка, корову) привязывают к столбу; в области расположения яремной вены на шее выбривают волосяной покров, в средней трети шеи спиртом и иодом готовят операционное поле и отгораживают простыней. В нижней трети шеи накладывают жгут для лучшего выделения вен, затем толстой иглой производят венепункцию. Через иглу и резиновую трубку кровь собирают в стерильную посуду, содержащую 0,4 г лимоннокислого натрия на 100 см³ 25% раствора глюкозы.

Полученную кровь развозят по госпиталям.

У животного одномоментно берут 2—3 л крови. Повторное взятие крови без ущерба для животного возможно через 10—12 дней. Всего получено за 3 неполных месяца 750 л крови.

Под моим личным наблюдением находилось 214 раненых, из них: 34 с проникающим ранением грудной клетки, среди которых у 29 человек был вторично открытый инфицированный пневмоторакс; у 126 раненых были огнестрельные переломы бедра и голени, у 25 человек — открытый перелом плеча с наложенной глухой гипсовой повязкой и у 29 человек — ранения верхних и нижних конечностей, осложненные газовой инфекцией.

За неимением клинической лаборатории полностью провести исследования крови, мочи, кала раненых не представлялось воз-

можным. Однако полученные данные указывают на заметные изменения со стороны крови у раненых, систематически принимавших гемокостол: увеличивался процент гемоглобина и количество эритроцитов. Осложнений при приеме гемокостола мы ни в одном случае не отмечали.

Приведем наиболее характерные случаи.

1. Красноармеец С-в, 1920 г. рождения. Ранен 1.II.1943 г., поступил в ППГ 9.II.1943 г. с диагнозом «слепое осколочное ранение левой ягодицы с нарушением целости кости, осложненное остеомиэлитом». Неоднократно проводимые оперативные вмешательства и однократное переливание крови выраженного улучшения не дали.

Раненый был крайне истощен, апатичен; настроение подавленное, плохой сон, аппетит отсутствовал. Рана с бледными, безжизненными грануляциями, обильно выделяется жидкий гной. Систематическое принятие внутрь свежей крови животных, которую раненый пил охотно, дало через 8—10 дней заметный сдвиг как в общем состоянии раненого, так и в течении раневого процесса. Содержание гемоглобина увеличилось с 43 до 58%, количество эритроцитов возросло с 2 000 200 до 3 000 300. В ране особо заметное изменение мы отметили через 2—2½ недели: грануляции сочные, бледнорозового цвета, с краев раны хорошо выраженная эпителизация, отделяемое в небольшом количестве. Раненый в хорошем состоянии эвакуирован в тыл 2.IV.1943 г.

2. Капитан Х-в, 1911 г. рождения. Ранен 2.II.1943 г., поступил в ХППГ 14.II.1943 г. с диагнозом «сквозное пулевое ранение средней трети правого плеча с нарушением целости кости». При ранении потерял много крови, температура все дни 37,8—38,6°. Раны зияют, затеков нет, грануляции вялые, отделяемое обильное, гнойное.

Раненый плохо спит, аппетит отсутствует. Кожа и видимые слизистые бледны. Раненый охотно начал принимать гемокостол по два стакана в день. Через неделю отмечено улучшение в общем состоянии и самочувствии; появился аппетит, улучшился сон и настроение. Заметно улучшается вид раны: оживают грануляции, уменьшается раневой секрет. Со стороны крови заметный сдвиг в сторону увеличения количества эритроцитов и гемоглобина. Окна в гипсовой повязке закрыты наглухо. Температура нормальная. В дальнейшем состояние улучшается; 2.IV — раненый в хорошем состоянии эвакуирован в тыл.

Принимаемая внутрь свежая кровь животных, содержащая легко усвояемые организмом белки, соли и гормональные вещества, несомненно, оказывает активизирующее действие на все жизненно важные процессы, протекающие в организме. Этим мы объясняем выраженный эффект при лечении гемокостолом групп тяжело раненых. Явно улучшается общее состояние раненого, появляется аппетит, прибавляется вес, повышается жизненный тонус. Отмечается сдвиг и в течении местного раневого процесса: быстро отделяются некротические ткани, оживают грануляции, уменьшается раневой секрет.

Надо иметь в виду, что применение гемокостола не исключает рационального хирургического лечения, а, наоборот, является лишь дополнительным высокоценным терапевтическим средством.

Полученные данные я сообщил на конференции хирургов N-ской армии (начсанарм полковник Тарасенко) и на объединенной фронтовой конференции хирургов и терапевтов. Было принято решение широко внедрять гемокостол при лечении не только хирургических, но и терапевтических и инфекционных заболеваний.

По нашим наблюдениям применение свежей крови животных дает хороший эффект также и при авитаминозах. Так, в войсковом районе мы получили положительные результаты при лечении куриной слепоты. Для этой цели животных, у которых брали кровь, кормили люцерной, содержащей, как известно, высокий процент витамина А.

Положительные результаты получены также при назначении гемокостола больным при общих нарушениях питания.

Все эти данные доказывают, что свежая кровь животных должна широко применяться при лечении различных истощающих заболеваний. Получение гемокостола, имеющего большое лечебное значение, не требует никаких специальных затрат. В отдаленных районах нашей страны, где находятся на излечении тяжело раненые и больные, всегда можно иметь в достаточном количестве свежую кровь животных, применение которой, несомненно, будет способствовать быстрейшему выздоровлению раненых и больных.

★

Главный хирург Черноморского флота полковник медицинской службы, д-р медицинских наук Б. А. ПЕТРОВ

ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Во второй половине войны 1914—1918 гг. применение первичной обработки раненого сустава и глухого шва синовиальной оболочки решительно изменило хирургию суставных ранений. Ранняя и радикальная хирургическая помощь резко сократила смертность и число ампутаций; значительно увеличилась возможность возврата функции. Все больше убеждались при этом, что суставы, в частности, коленный, обладают особой стойкостью к инфекции. Было хорошо известно, что микроорганизмы, попавшие в рану, скоро проникают в толщу тканей. Но для коленного сустава «закон о 6-часовом сроке» увеличивался в 4—6—10 раз. Было очевидно, что суставным элементам присущи какие-то особые, сильно развитые защитные механизмы.

Именно это обстоятельство давало право хирургу отсрочивать первичную обработку и зашивать синовиальную полость наглухо спустя 24—48 и даже 60 часов после ранения [Дюваль (Duval)].

Правило, установленное французскими хирургами во второй половине войны 1914—1918 гг., вскоре было подтверждено в Англии и позже в Германии.

Анатомическое устройство коленного сустава весьма сложно, но защищен он против внешних воздействий слабо. Лишь сзади, со стороны подколенной впадины, где в глубине заложен сосудисто-нервный пучок, сустав закрыт туго натянутыми сухожилиями двуглавой и полусухожильной мышц. Спереди сустав закрыт кожей, крепким апоневрозом и густыми и прочными связками, но не

имеет мягкого мышечного покрытия. Поэтому спереди он легко ушибается и ранится. Даже глубокое осколочное ранение спереди часто оказывается проникающим в полость сустава.

Всякое ранение, расположенное в пределах расстояния ладони над коленной чашечкой, подозрительно на участие суставной полости.

Осторожность требует тщательной ревизии такой раны, раскрытия ее острыми крючками, педантичного иссечения ее, проверки, вскрыта ли полость сустава, а если вскрыта, — осмотра внутри, очистки, промывания мылом, зашивания сумки наглухо и обязательной послеоперационной иммобилизации в глухой гипсовой повязке по крайней мере на 14 дней. Гипсовая повязка необходима при всех обстоятельствах, тем более если рана проникает в полость сустава. Только таким путем удается достигнуть полного выздоровления, без риска серьезных осложнений.

Все элементы коленного сустава имеют свою особую характеристику: мышечная ткань, подкожная клетчатка и кожа, с одной стороны, кость, хрящ и синовия — с другой, — все они обладают различной степенью восприимчивости к инфекции и различной сопротивляемостью.

Синовиальная оболочка состоит из непрерывного соединительнотканного слоя. Анатомическое расположение клеток в ней неодинаково в различных местах. В большинстве синовиальный слой состоит из плоских клеток. Там, где нет механического давления, круглые и полигональные клетки располагаются в два-три ряда, там же, где суставная поверхность подвергается сжатию, она защищается более утолщенной соединительной тканью.

Природа синовиальных клеток точно еще не известна, но они сходны с фибробластами. Некоторые из них обладают фагоцитарной способностью и играют определенную роль в защите против инфекции.

Суставной гиалиновый хрящ, не содержащий ни сосудов, ни нервов, не обладает всасывающей способностью, а лежащие под ним лимфатические щели и сосуды всасывают лишь при нарушении целости хряща. Питается он суставной жидкостью, и в акте его питания, вероятно, играет роль сжатие и расслабление его при движениях и периодической нагрузке.

Суставной хрящ стойко сопротивляется инфекции, и только серьезная и длительная инфекция может его серьезно повредить.

Синовиальная жидкость — наиболее характерная особенность сустава. Она была бы сходна с плевральной и перитонеальной жидкостью, если бы не содержала муцина. Протеина в ней немного: от 0,4 до 0,6% [Клинг (Kling)]. Воспаление сустава увеличивает проницаемость сосудов, в связи с чем содержание белка увеличивается и может стать равным содержанию его в кровяной плазме (7—8%). Синовиальная жидкость обладает щелочной реакцией, которая при больших выпотах увеличивается

(до pH = 8,4). Только при гнойных артритах реакция становится кислой.

Бактерицидные свойства синовиальной жидкости не подлежат сомнению. Через 5 часов после ранения аэробы, как и анаэробы, обнаруживаются на коже вокруг раны, на близлежащих обнаженных мышцах, в апоневрозе, на отломках костей, даже в толще синовиальной оболочки, но синовиальная жидкость бактерий не содержит. Такое асептическое состояние сустава удерживается довольно долго, в течение 24, 48 и даже 60 часов, пока не разовьется септический артрит.

В 1930 г. Майолис и Дорсей (Mayolis, Dorsey) подтвердили отсутствие роста колоний микробов в синовиальной жидкости. Форкнер, Шендс и Постон (Forkner, Shands, Poston, 1928) нашли, что при инфекционных артритах лимфатические узлы вдвое чаще дают рост культуры микроорганизмов, чем высевания из синовиального выпота.

Бактерии, проникшие в суставную полость, захватываются макрофагами и большей частью разлагаются здесь протеолитическими ферментами. Всякий выпот в коленном суставе содержит фагоциты и нефагоцитирующие лейкоциты, которые выходят из кровеносного русла.

Существуют взгляды, что муцин синовиальной жидкости как бы обволакивает бактериальные палочки, делая их неуязвимыми. Деятельность их в связи с этим временно понижается; пережив известный срок, при улучшившихся обстоятельствах бактерии могут снова и энергично проявить свое действие. Однако Нётцель (Nötzel) на основании эксперимента пришел к выводу, что синовия по сопротивлению инфекции занимает последнее место среди серозных оболочек. Прозрачная, желтая, светлая синовиальная жидкость препятствует свертываемости крови, удерживая ее надолго в жидком состоянии. Она же защищает микроорганизмы, обволакивая их и делая недоступными. Поэтому Пайр (Payr), например, думал о слабой сопротивляемости суставов инфекции.

Большинство авторов на основании тщательных клинических и экспериментальных наблюдений считает, что суставная полость способна стойко сопротивляться инфекции. Почти безоговорочно признается, что герметически закрытый сустав имеет определенные защитные механизмы против инфекции, а именно: суставной хрящ обладает пассивной резистентностью к проникновению в него бактерий; синовиальная оболочка и синовиальная жидкость имеют активную бактерицидную силу; синовиальная оболочка в здоровом состоянии обладает более низкой всасывательной способностью по сравнению с подлежащими тканями.

Всасывание в суставе. Когда на гладкой поверхности синовиального покрова нет отверстий, царапин или щелей, всасывание сквозь мезенхиму совершается медленно. Напротив, периартикулярная соединительная ткань всасывает весьма быстро. Если ввести в полость сустава трипанблау, гистиоциты периартику-

лярной ткани даже через 6 часов не содержат краски. Напротив, та же краска быстро захватывается гистиоцитами, если ее вводят в соединительнотканное окружение сустава[1].

Существуют, однако, лекарственные вещества, всасывающиеся из полости сустава довольно быстро. В 1925 г. (грязевой курорт Саки) мы убедились, что введенный в полость коленного сустава раствор иодистого калия вскоре обнаруживался в моче больных (Бурденко и Б. Петров). Демель (Demel, 1927) впрыскивал 1—3 см³ 20% иодистого натрия в сустав собаки и улавливал появление лекарства в слюне. Оказалось, что в коленном суставе всасывание идет быстрее, чем в других, причем движение, очевидно, ускоряет этот процесс.

Время появления в слюне иода после инъекции в сустав: коленный — через 35 минут, тазобедренный — через 40 минут, локтевой — через 43 минуты, плечевой — через 70 минут.

Быстрота всасывания, вероятно, зависит от количества жировой подкладки под синовиальной оболочкой. В коленном суставе эта подкладка выражена лучше и всасывание из него идет быстрее.

Суставную полость издавна сравнивали с брюшиной. Та и другая обладает сильными самозащитными свойствами. Сравнение это, однако, не должно итти слишком далеко. Анатомические и функциональные своеобразия сустава и полости живота слишком различны. Брюшная полость отличается поразительной по силе и мощности всасывательной способностью, которая нарушается при ее воспалении, а здоровый сустав всасывает медленно. Хрящ пассивно стоек к бактериальным поражениям, брюшной же покров весьма быстро изменяется под влиянием инфекции и теряет свою основную всасывательную функцию.

Сходство мы видим в сильной бактерицидной способности той и другой полости, что позволяет им стойко защищаться против внезапно проникающей инфекции.

В период увлечения ранними операциями при ранах суставов французские хирурги в своей тактике склонны были равняться по тактике брюшной хирургии. Некоторые из них называли широкое раскрытие сустава его лапаротомией. Они считали, что сустав, как и живот, должен быть немедленно лапаротомирован при малейшем подозрении на проникающее его ранение, упуская из виду, что ранение живота смертельно опасно из-за одновременного поражения кишок и вытекания из них высокотоксичного содержимого в брюшную полость, а ранение сустава опасно степенью разрушения эпифизарных концов костей и теми повреждениями, какие нанесены были периартикулярным мягким тканям, коже, мышцам, связкам и сосудам.

Неповрежденная кожа человека безусловно обладает бактерицидной силой. Интересные опыты Кольбрука (Colebrook, 1930) показали, что кожа способна элиминировать гемолитический стрептококк. Тотчас после легкого втирания его культуры в паль-

---

[1] Le Gros Clark, J. Anatom., 63, 152.

цы на коже насчитывали 30 000 000 стрептококков, а через 4 часа их число падало на том же участке до 7 000. Возможно, что антисептические свойства обнаруживает сальная секреция и та кислая реакция, которая свойственна неповрежденной коже [Арнольд (Arnold) и др.]. Отслоенная, раздавленная, размятая кожа быстро гибнет; она весьма чувствительна к перерыву артериального кровоснабжения, и некротические участки становятся местом бурного развития анаэробной флоры.

Соединительная ткань и сухожильные растяжения оказываются чрезвычайно нестойкими при воздействии инфекции и очень скоро омертвевают. Их легкой восприимчивости к инфекции и быстрой гибели способствует относительно плохое кровоснабжение и те движения, которые являются их функцией.

Мышечная ткань, напротив, чрезвычайно богата кровеносными сосудами, и ее можно рассматривать как своеобразное «растяжение сосудистой системы» [Труэта (Trueta)]. Резистентность мышц к инфекции, благодаря этому, должна быть очень высокой. Однако обилие кровеносных сосудов представляет и опасность, ибо легкая ранимость их при всяком повреждении лишает мышцы питания. Вот почему разбитая мышца быстро омертвевает и анаэробы получают отличную среду для размножения, а огнестрельные раны бедра так часто дают газовую флегмону.

Коленный сустав спереди и по бокам в значительной своей части покрыт лишь апоневрозом и хорошо подвижной кожей. Мышечные пучки, переходящие в сухожильные растяжения, прикрывают его и соприкасаются с ним сзади в подколенной впадине, позади мыщелков бедренной кости и над коленной чашечкой.

Следовательно, при ранении коленного сустава даже и большие разрушения мягких тканей не так опасны по осложнению газовой флегмоной, как это наблюдается при разрушениях середины бедра и тем более ягодичной области. Часто можно услышать, что при «ранении коленного сустава газовой флегмоны не бывает». Это — афоризм, который имеет известное оправдание в жизни.

Костная ткань оказывается весьма чувствительной к инфекции. Ее естественной защитой является надкостница — прочная эластичная ткань, упорно сопротивляющаяся действию микроорганизмов. Даже в гнойных полостях при расплавлении окружающих мягких тканей, где легко секвестрируются обнаженные костные отломки, надкостница сохраняется и сохраняется ее способность восстанавливать кость. Неповрежденная надкостница защищает кость от септического процесса, она же и возрождает разрушенную костную структуру.

Вот почему важно знать, что при каждой хирургической операции, будет ли она предпринята как первичная обработка или как вторичное débridement при оскольчатом раздроблении диафиза, метафиза или эпифиза, надкостница должна оставляться на месте.

Еще в большей степени это правило касается ранений коленного сустава, где за последнее время намечается неосновательная

тенденция производить обширные резекции эпифизов (особенно вторичные), не заботясь о сохранении надкостницы.

В противовес ярко выраженной стойкости к инфекции внутрисуставной полости с ее резистентным хрящом и синовиальной жидкостью, обладающей бактерицидной силой, периартикулярные ткани весьма чувствительны к заражению. Перисиновиальная клетчатка, сухожилия, подкожная клетчатка, размятая кожа, мышечные пучки — все эти элементы слабо сопротивляются микроорганизмам. При их разрушении токсические вещества всасываются весьма энергично, и даже ничтожные движения суставов резко увеличивают распространение инфекции по лимфатическим щелям.

В огнестрельных ранах наиболее чувствительной к инфекции является костная ткань. Особенно опасно поэтому то внутрисуставное ранение, которое сопровождается образованием костных трещин и костных осколков. Излившаяся кровь легко заражается проникшими через рану микроорганизмами. Беззащитная спонгиозная часть быстро поддается септическому действию возбудителей.

Мы неизбежно должны притти к выводу, что на защитные внутрисуставные механизмы, хотя и сильные, можно рассчитывать лишь в ограниченных пределах. Синовиальная полость способна противостоять инфекции 24—48, даже 60 часов, но лишь тогда, когда нет значительного разрушения тканей вокруг сустава и ранение ограничивается собственно полостью сустава.

Сквозное пулевое или осколочное ранение с замыканием входного и выходного отверстий, разрушение стенки сустава, хотя бы и с металлическим осколком внутри, но без костных трещин и без раздробления эпифизов и тем более без широкого разрушения мышц выше сустава и по его сторонам, — вот условия, при которых бактерицидность синовиальной жидкости окажет полезное действие.

Военная хирургия знает средства борьбы против развития и распространения инфекции в огнестрельных ранах. В первые 6—8—10 часов, а при вторичной обработке значительно позже, рассекают и иссекают разбитые и ушибленные ткани, производят тщательный гемостаз и обеспечивают абсолютный покой для конечности наложением глухой гипсовой повязки.

Физиологические особенности коленного сустава позволяют не только расширять сроки для первичных операций до 48 и даже 60 часов но и зашивать синовиальную оболочку наглухо.

Внесуставные разрушения тканей подчинены общим законам, внутрисуставные — следуют особым правилам, учитывая которые хирургия достигла значительного успеха в этой наиболее сложной проблеме.

Дело хирурга — умело использовать природные свойства коленного сустава, памятуя, что внесуставные ткани весьма чувствительны к инфекции, а потому, если хирург при ранении коленного

сустава после первичной операции не имеет права зашивать апоневроз, мышцы и кожу, он обязан зашить синовиальную оболочку наглухо. Допустимый срок для подобных действий ограничивается 48 часами.

★

Подполковник медицинской службы
проф. А. Ф. ВЕРБОВ

К ДИАГНОСТИКЕ ОТМОРОЖЕНИЙ В РЕАКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

За последние 7 лет вопросы патогенеза, клиники и терапии отморожений, этой актуальнейшей оборонной проблемы, подверглись коренной переработке. Построено новое учение о патогенезе отморожения, где впервые наиболее полно раскрыта роль и значение сосудистого фактора, создана новая теория о диссеминированном некрозе, показывающая нам путь развития процесса отморожения, раскрыта сущность и значение дореактивного периода при отморожении, разработана диагностика и классификация отморожений и разработана рациональная терапия отморожений, в основу которой положены в дореактивном периоде быстрое согревание, а в реактивном периоде принцип ранней хирургической обработки (С. С. Гирголав, Т. Я. Арьев и др.).

Практическая ценность этих исследований сказалась в резком сокращении сроков лечения отмороженных, в сбережении тысячи жизней от сепсиса, в предотвращении тяжелейших осложнений, приковывавших на многие месяцы больных к постели.

Обращаясь к вопросу диагностики отморожений в реактивном периоде, я остановлюсь на некоторых признаках, которые нам удалось подметить в ходе наблюдения за отмороженными и которые позволяют в некоторой степени облегчить диагностику отморожений в фазе реактивного периода.

В большей части работ, посвященных проблеме отморожений, указывается, что пузырь следует расценивать как патогномоничный признак второй степени отморожения. Однако практика показывает, что в стадии реактивного воспаления пузырь встречается не только при второй, но и при третьей степени отморожения, но характер пузыря при второй и третьей степени отморожения резко различен. Большое диференциальное значение имеет: а) содержимое пузыря и б) сроки его появления. Серозное содержимое пузыря чаще всего характеризует вторую степень отморожения. С течением времени (на 4—5-й день после отморожения) оно приобретает желатинообразную консистенцию. Этот второй признак может характеризовать давность пузыря.

Наличие геморрагического содержимого пузыря свидетельствует о третьей степени отморожения и связано прежде всего с явлениями стаза крови в клетках базилярного слоя rete Malpighii,

развитием аноксемии и в дальнейшем с гибелью мальпигиева слоя.

Как показывают наши наблюдения, чем позже появляется пузырь, тем тяжелее протекает отморожение, Отсутствие пузырей при наличии выраженного отека и потери всех видов чувствительности в течение более 48 часов является грозным признаком и указывает на четвертую степень отморожения.

Определенное диагностическое значение имеет также локализация пузырей: чем проксимальнее расположен пузырь, тем сильнее поражены дистальные отделы конечности. Нередко на участке, где на основании ряда соответствующих клинических признаков установлена четвертая степень отморожения, можно встретить пузырь. Пузырь этот, как правило, одиночен, размеры его очень ограничены, содержимое его носит выраженный геморрагический характер. Наличие такого пузыря свидетельствует о сравнительно менее глубоком поражении на этом участке (третья степень отморожения). Нахождение его в зоне четвертой степени отморожения может быть объяснено тем, что отморожение, как учит Гирголав, протекает по типу диссеминированного некроза, а при этих условиях всегда может встретиться островковый участок менее пораженных тканей.

Учет таких признаков, как характер содержимого пузыря, сроки его образования, локализация пузыря, наконец, отсутствие образования пузыря при наличии таких патологических признаков, как глубокий отек, отсутствие всех видов чувствительности в течение длительного срока, может в значительной степени облегчить врачу диагностику отморожений в стадии реактивного воспаления.

В клинической практике приходится встречаться с такими случаями, когда больные прибывают с отморожением в стадии сухого некроза. Как в этом случае диагносцировать тяжесть отморожения, иначе говоря, определить, имеем ли мы дело с третьей или четвертой степенью отморожения?

Можно сделать следующее заключение: если мумифицированный участок имеет гладкую, ровную поверхность и объемные размеры мумифицированного участка не уменьшены против нормы (например, пораженные пальцы не утончены), обычно увеличены в объеме (явления пандактилита), то эти признаки с большой вероятностью говорят за наличие третьей степени отморожения. Если же мумифицированный участок имеет неровный, складчатый, как бы гофрированный вид и объемные размеры этого участка уменьшены против нормы — палец в этом случае имеет вид как бы «стручка», то это говорит за четвертую степень отморожения. В основе этих изменений лежат явления глубокого обезвоживания тканей (эксикоз), которое тем более выражено, чем глубже поражение и чем больше прошло времени от начала поражения.

Определенное диагностическое значение мы придаем также окраске мумифицированного участка, которая обычно имеет различные оттенки, начиная от светло- до темносерого и кончая черным цветом, в отдельных случаях доходящим до густоты цвета китайской туши. Окраска мумифицированного участка в черный цвет происхо-

дит от того, что во время диффундирования крови из сосудов в окружающую мертвую ткань кровяной пигмент подвергается распаду и превращается в сернистое железо. Чем глубже поражение тканей, тем больше кровяного пигмента подвергается распаду и тем сильнее выражена черная окраска на этом участке. Обычно наблюдается постепенный, как бы ступенчатый переход от серой к черной окраске, и сероватая краска мумифицированного участка чаще всего наблюдается при третьей степени отморожения, резко черная — при четвертой степени. Обычно имеется комбинированная окраска, помогающая нам распознать различные степени тяжести отморожения.

Глубина мумификации тесно связана с локализацией поражения. Чем дистальнее расположен участок отморожения, тем быстрее и глубже образуется сухой некроз; чем этот участок проксимальнее, тем сухой некроз образуется медленнее и более поверхностно. Например, полный сухой некроз чаще и быстрее всего развивается на пальцах, в особенности в области концевых фаланг, где нет мышц и где, следовательно, относительно меньше воды в тканях. На проксимальных отделах конечностей (regio metatarsea — metacarpea) мумификации чаще всего подвергаются поверхностные слои тканей (кожа, подкожная клетчатка), глубокие же слои обычно остаются в состоянии влажного некроза, который в этом случае легко можно обнаружить, если вскрыть прикрывающую их мумифицированную корку. Если такая мумифицированная корка на этих местах поддерживается длительное время, то в глубине ткани, находящейся в стадии влажного некроза, могут образоваться большие гнойники, а корка — подвергнуться процессу вторичной колликвации. Единственным терапевтическим решением будет в этом случае возможно раннее проведение некрэктомии.

Диагностика степени тяжести отморожений может только тогда проводиться с уверенностью, когда она опирается на рентгенологический контроль. В костяке при отморожении на отдельных стадиях процесса могут развиваться различные патологические деструктивные изменения, начиная от остеолиза и кончая асептическим некрозом, который в отдельных случаях может давать осложнение в виде патологического перелома, а при наличии инфекции — явления остеомиэлита. Эти резорбтивно-деструктивные и деструктивно-некротические изменения в костях могут наблюдаться не только при третьей и четвертой степени, но также и при второй степени отморожения, не вызывая подчас никаких субъективных или объективных отклонений, вследствие чего они часто просматриваются. Наиболее частым осложнением в костях при отморожении является остеолиз, который чаще всего локализуется в дистальных отделах концевых фаланг пальцев нижних и верхних конечностей. Остеолитические изменения могут выражаться в резорбции замыкающей костной пластинки или в образовании краевых узур в области головок концевых, а иногда и средних фаланг, открывая таким образом ворота для инфекции. В отдельных случаях остеолитические изменения могут развиваться в мета-диафизарной области фаланг, в результате чего может произойти перелом фаланги. При развитии

ишемических явлений в костях процесс развивается по типу некроза, который при отсутствии инфекционного начала носит асептический характер. Наличие этих осложнений коренным образом меняет план терапии и, в частности, поведение хирурга. Совершенно ясно, что без рентгенологического контроля лечение проводилось бы вслепую.

Таким образом:

1. При определении степени тяжести отморожения в стадии реактивного воспаления большое диференциально-диагностическое значение имеет характер содержимого пузыря, сроки его появления, а также локализация пузыря. Отсутствие пузырей при наличии значительного отека и отсутствии всех видов чувствительности является грозным признаком, свидетельствующим о глубоких необратимых явлениях.

2. При определении степени тяжести отморожения в стадии сухого некроза определенное диагностическое значение имеет характер рельефа поверхности мумифицированного участка, а также его объемные размеры; такое же значение имеет характер окраски мумифицированного участка. Учет этих признаков может облегчить врачу диагностику отморожения в этом периоде.

3. Диагностика степени тяжести отморожения должна опираться на рентгенологический контроль; в особенности важен этот контроль для своевременного распознавания различных и довольно частых осложнений, возникающих при отморожении в костях. Рентгенологический контроль обязателен для случаев, когда предпринимается радикальное оперативное вмешательство — экзартикуляция или ампутация с наложением глухих швов.

Подполковник медицинской службы
Н. Я. ЗИЛЬБЕР

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ

Эпидемические вспышки желтухи зарегистрированы в военное время среди войск как в виде отдельных, спорадических случаев, так и в виде множественных заболеваний.

Эпидемии желтухи наблюдались в XVIII веке в английской армии во Фландрии, в наполеоновских армиях, во время гражданской войны в Северной Америке, англо-бурской, франко-прусской войн. Однако в литературе эти эпидемии освещены довольно слабо. Описаны случаи эпидемической желтухи в мировую войну 1914—1918 гг. Так, в Чите с июля по октябрь 1915 г. переболело желтухой 1 337 человек — 5% всего гарнизона (Василевский). В 1917 г. была отмечена эпидемия желтухи в русских войсках на румынском фронте (Глухов — Троицкий).

Материалом для настоящей статьи послужила незначительная вспышка желтухи, отмеченная осенью 1942 г. в частях N-ского соединения, расположенного вблизи крупного населенного пункта А. Больные поступали в лечебные учреждения под различными диагнозами: гепатит, катарральная желтуха и др., причем лечащие врачи были склонны считать это заболевание «катарральной желтухой» вследствие легкости ее клинического течения и поэтому вначале не прибегали к бактериологическим методам диагностики. Более углубленное изучение подобных больных было организовано в одном из госпиталей.

Под наблюдением находилось 126 больных желтухой, из них 102 в госпитале, а 24 в стационаре N-ской части. Заболевания относятся в основном к периоду октябрь—декабрь.

До октября заболело	2	человека	(1,6%)
с 1 по 15.X „	4	„	(3,1%)
„ 16 „ 31.X „	37	„	(29,4%)
„ 1 „ 15.XI „	55	„	(43,7%)
„ 16 „ 30.XI „	22	„	(17,5%)
„ 1 „ 15.XII „	6	„	(4,7%)
„ 16 „ 31.XII „	0	„	(0%)

Таким образом, 90,6% заболеваний приходится на период с 15.X по 1.XII.

В ряде очагов было проведено обследование на наличие грызунов, установившее почти полное отсутствие крыс и незначитель-

ное количество домовой мыши, но, наряду с этим, заболевшие указывали на наличие в землянках, а частично и в палатках полевых мышей. Наступившее в октябре похолодание вызвало миграцию полевых мышей с приближением их к жилью, землянкам, окопам и т. д. Подавляющее большинство заболевших находилось до болезни большей частью в землянках, окопах и блиндажах, а некоторая часть пребывала там временно.

Важно отметить, что продукты в землянках и окопах хранились в условиях вполне возможного доступа к продуктам полевок. Некоторые заболевшие отмечали наличие на продуктах следов грызунов (погрызанный хлеб, экскременты и т. д.).

Водный фактор, обычно играющий значительную роль в эпидемиологии инфекционной желтухи, в данной вспышке вряд ли мог служить причиной заболевания, тем более что ряд заболевших категорически отрицал употребление в пищу некипяченой воды. Путем опроса было установлено, что из числа заболевших пользовались кипяченой водой 20%, водопроводной — 23%, речной — 26,2%, колодезной — 12,5%, ильменей (почти болотистой) — 18,3%.

Следовательно, роль водного фактора в большинстве случаев отрицается. Гражданское население как в населенном пункте А, так и в соседних деревнях, пользовавшееся иногда одними и теми же водоисточниками, желтухой не болело.

Клиника болезни характеризовалась легкостью течения (до 70% случаев). При удовлетворительном самочувствии больного не всегда были выражены симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта; болезнь протекала в ряде случаев с нормальной температурой, больной обращался к врачу только при появлении желтушного окрашивания кожи и склер.

Ряд симптомов, описанных при инфекционной желтухе, отсутствовал у наших больных вовсе или наблюдался в незначительном проценте случаев. Увеличение печени было отмечено у 89 больных, а болезненность ее при пальпации — в 75% случаев. Селезенка была увеличена только в 2% случаев. Из других симптомов отмечалась геморрагическая сыпь (3%) и кожный зуд (29%). Альбуминурия наблюдалась в 3% случаев.

Начальными симптомами являлись тошнота, боль подложечкой, общее недомогание, отсутствие аппетита, иногда понос, боли в мышцах, повышение температуры.

Симптоматология со стороны желудочно-кишечного тракта представлена в следующей таблице:

Тошнота	Рвота	Потеря аппетита	Расстройство кишечника	Обесцвечение кала
70%	20%	83%	17%	32%

Указанные изменения со стороны желудочно-кишечного тракта обычно наблюдались в первые дни заболевания, и только тошнота продолжалась иногда до 10—12 дней.

Нормальная температура была у 37,6% больных, повышенная до 37—38° — у 43%, до 38—39° — у 11,4%, выше 39° — у 8% больных.

Так называемый второй лихорадочный период наблюдался только в одном случае.

Повышенная температура держалась в основном до 6 дней (72,5%) и как исключение — свыше 10 дней: от 1 до 3 дней в 52,5% случаев, 4—6 дней — в 20%, 7—10 дней — в 18%, более 10 дней — в 9,5% случаев.

Характерный симптом болезни—желтушное окрашивание кожи и склер—наблюдался у всех больных, развиваясь в различные периоды от начала заболевания. Желтуха появилась через 2 дня в 7% случаев, на 3—5-й день—в 32%, на 6—8-й день—в 33%, на 9—11-й день — в 10%, на 12—14-й день — в 9%, позже 14 дней—в 4% случаев.

В основном иктеричность появлялась в период от 2-го до 8-го дня болезни (77%).

Значительное своеобразие представляет гемограмма у больных желтухой: превалировал небольшой лейкоцитоз с ясно выраженным лимфоцитозом; моноцитарная реакция отмечалась в 18%.

Кровь была исследована у 91 человека, причем основная масса исследований (52 человека) была проведена в период от 7-го до 15-го дня болезни и у 27 человек в период от 16-го до 24-го дня болезни.

Данные лабораторного исследования могут быть представлены следующим образом:

Лейкоциты	Лимфоциты	Моноциты
От 4 000 до— 6 000 в 23% » 6 000 » — 8 000 » 41% » 8 000 » —10 000 » 28% свыше 10 000 » 8%	До 25 в 9% от 25 до 35 » 39% » 35 » 45 » 38% » 45 » 55 » 14%	Выше 10—в 18%

Со стороны других элементов белой крови каких-либо изменений не отмечено.

Красная кровь (исследовалась у 65 человек) не представляла патологических изменений, за исключением незначительной полиглобулии у 4 больных. Показатели гемоглобина не выходили за пределы нормы. Количество эритроцитов было от 4 000 000 до 5 000 000 у 48 человек, от 5 000 000 до 6 000 000 у 13 человек, свыше 6 000 000 у 4 человек.

Реакция оседания эритроцитов (РОЭ) проведена у 66 больных, причем установлены следующие показатели: до 12 мм в час у

57,5%, от 12 до 20 мм — у 19,7%, от 21 до 50 мм — у 22,8% больных.

Следовательно, РОЭ у наших больных инфекционной желтухой не обнаруживала больших отклонений от нормы.

Большое внимание было уделено выяснению этиологического фактора этого заболевания. Предварительные данные исключали роль тифозно-паратифозной группы бактерий, поэтому внимание было направлено на выделение лептоспир.

В стационар больные поступали на 8—15-й день болезни уже с наличием желтухи. Вследствие этого исследованию подвергалась моча.

Методика бактериологической диагностики (майор медицинской службы Г. П. Зуев) была следующая: стерильно собранная моча засевалась не позже 1—2 часов после взятия. Посев производился в три пробирки со стерильной водопроводной водой (по 6 см³, pH=7,2%) с добавлением 10% инактивированной кроличьей сыворотки. В каждую пробирку заливалось 10 капель стерильного вазелинового масла. Посевы сохранялись при температуре 25—30° и микроскопировались каждые 5—7 дней в темном поле. Исследование было проведено у 55 больных. Лептоспиры обнаружены у 14 больных в периоде от 20-го до 30-го дня болезни. В 41 случае лептоспиры выделены не были.

№ п/п.	Больной	На какой день болезни взят материал	На какой день после взятия материала выделены лептоспиры
1	Б.	13-й	30-й (дважды)
2	С.	10-й	25-й
3	Х.	23-й	26-й
4	Ж.	6-й	27-й
5	С.	16-й	30-й
6	П.	19-й	25-й
7	Д.	16-й	29-й
8	Б.	29-й	28-й
9	Л.	21-й	26-й
10	А.	27-й	29-й
11	Л.	22-й	18-й
12	Б.	15-й	23-й
13	М.	30-й	29-й
14	А.	26-й	20-й

Лептоспира была выделена как в случаях с выраженным течением болезни, так и в случаях, протекавших почти амбулаторно, с нормальной температурой, с кратковременным течением и т. д. Приводим наиболее типичные истории болезни.

1. Больной Б. История болезни № 58—57. Заболел 27.X.1942. Общая слабость, потеря аппетита, боль в подложечной области и в правом подреберье, зуд кожи. Температура повысилась внезапно до 37—38° и литически снизилась; через 3 дня температура была нормальной; на 7-й день болезни она повысилась до 38,5°, снова появилась иктеричность склер и кожных покровов; печень увеличена, болезненна при пальпации, выступает на 3 см; моча окрашена. Селезенка не пальпируется. Иктеричность держалась свыше месяца, постепенно уменьшаясь.

Картина крови на 13-й день болезни: лейкоцитов 10 000, эритроцитов 5 670 000, лимфоцитов 48%, моноцитов 14%, нейтрофилов 38%.

При анализе мочи реакция на желчные сегменты резко положительная, белок не обнаружен. В осадке мочи, взятой на 14-й день, при бактериологическом исследовании на 30-й день после взятия материала обнаружена лептоспира инфекционной желтухи.

2. Больной Л. История болезни № 59—10. Заболел 25.X.1942. Боль в правом подреберье, незначительный понос. На 13-й день болезни обнаружена желтуха, температура все время в пределах нормы, общее самочувствие удовлетворительное, печень увеличена на 2½ пальца, болезненна при пальпации. Селезенка не пальпируется. В моче изменений нет. В осадке мочи, взятой на 22-й день болезни, при бактериологическом исследовании на 18-й день от начала исследования обнаружена лептоспира.

Клинический анализ крови на 14-й день болезни: эритроцитов 5 300 000, лейкоцитов 7 000, лимфоцитов 32%, сегментированных 60%, палочковидных 1%, эозинофилов 3%, моноцитов 4%.

Больной все время на ногах. Выздоровление наступило на 25-й день болезни.

Выводы

1. Описанная вспышка желтухи имеет лептоспирозную природу.
2. Причиной заболевания послужили, повидимому, пищевые продукты, инфицированные полевыми мышами.
3. Наряду с описанным в литературе течением инфекционной желтухи это заболевание может протекать в легкой форме, без увеличения селезенки, альбуминурии, повышенной температуры и т. д.
4. Появление массовых заболеваний желтухой, вне зависимости от характера клинического течения, должно всегда вызывать подозрение на лептоспирозную их этиологию. Это во всех случаях потребует проведения соответствующих противоэпидемических мероприятий.

★

А. А. ВАРФОЛОМЕЕВА и А. Н. ГАВРИЛОВА

ОЧИСТКА ЛЕПТОСПИРОЗНЫХ ШТАММОВ IN VIVO

(Лептоспирозная лаборатория Института им. Мечникова)

Культивирование лептоспирозных штаммов, несмотря на чрезвычайно несложные рецепты питательных сред, в некоторых случаях представляет известные трудности.

Особенно сложным является освобождение культур лептоспир от посторонней флоры в случае их загрязнения, так как культивирование лептоспир производится на жидких питательных средах.

В иностранной литературе приводится ряд методов очистки лептоспирозных штаммов от посторонних микроорганизмов.

Прежде всего надо указать на фильтрацию смешанных культур лептоспир через бактериальные фильтры. Этот метод основан на способности лептоспир проходить через поры фильтра, не пропускающие другие бактериальные формы.

Вагедер, Клиглер и Ашнер (Vageder, Kligler и Aschner) пользовались методом фильтрации культуры через бактериальные фильтры, однако часто они не получали чистой культуры лептоспир, так как фильтраты прорастали вновь.

Из других методов следует указать на центрифугирование смешанной культуры в течение одного часа при 3 000—6 000 оборотов в минуту. Посторонние микроорганизмы оседают на дно центрифужной пробирки как более тяжелые и менее подвижные; верхний прозрачный слой, содержащий лептоспиры, рассевается на обычные питательные среды. Этот прием очень прост, но и при нем не всегда возможно получить чистую культуру [Клиглер и Ашнер, Мохтар (Mochtar)].

Безуспешно было применено Ангерером (Angerer) засевание смешанной культуры лептоспир на середину чашки с 1% агаром на водопроводной воде. Периферия чашки периодически исследовалась на присутствие лептоспир; чистой культуры лептоспир получить не удавалось.

Не дают полного очищения и повторные оттаивание и замораживание нечистых культур лептоспир [Цюльцер (Zülzer)].

Мы пытались очистить один штамм лептоспир от смешанной кокковой флоры в течение двух лет. Нами было применено центрифугирование смешанной культуры с последующим высеванием на обычные питательные среды верхнего слоя культуры, добавление к смешанной культуре соответствующих бактериофагов, капельный метод посева. Ни в одном случае культуру не удалось очистить.

Наконец, в 1940 г. мы применили оригинальный метод очистки культуры in vivo, основанный на способности лептоспир проходить через слизистые и серозные оболочки значительно ранее остальных микробов.

Этим путем штамм, который мы не могли очистить в течение двух лет, удалось очистить после первого же пассажа.

Методика

Чтобы убедиться в эффективности предложенного нами метода, было поставлено 22 опыта с 7 штаммами лептоспир в ассоциации с кокковой флорой, протеем, сенной палочкой и плесенью.

В опыты были взяты следующие штаммы лептоспир: 1) тип I — возбудитель водной лихорадки, 2) лептоспира Вейля — возбудитель инфекционной лептоспирозной желтухи, 3) штамм Menshen — возбудитель инфекционной желтухи, 4) штамм Ratten, полученный из почек крыс, 5) Hebdomadis — японский штамм, 6) ленинградский штамм 1942 г., полученный от больного инфекционной лептоспирозной желтухой, 7) штамм Комкова 1943 г., полученный от больного водной лихорадкой.

Морской свинке весом 150—200 г вводилась смешанная культура лептоспир внутрибрюшинно в количестве 2,5 см³.

Через 5, 10, 20, 40 минут, 1 час, 2 часа у морской свинки бралась кровь стерильным шприцем, каждый раз в количестве 2 см³. Полученная кровь рассевалась на обычные фосфатные среды в 3—5 пробирок; в первые две пробирки — по 0,5 см³, в третью — 1 см³.

Посевы ставились в термостат и просматривались через каждые 5 дней.

В некоторых случаях уже на 5-й день в пробирках можно было видеть единичные хорошо подвижные особи лептоспир.

Обычно рост лептоспир мы обнаруживали, начиная с 10—15-го дня.

Полученные культуры лептоспир проверялись на стерильность путем засева каждой пробирки на агар и простой и сахарный бульон. Контрольные пробирки выдерживались в термостате при 37° в течение 5 суток.

С каждым штаммом было проделано несколько опытов. Этим способом удалось очистить все 22 смешанные культуры лептоспир.

Лишь в двух случаях кровь, взятая через 5 минут после введения смешанной культуры (штаммы Hebdomadis, Ratten), не дала роста лептоспир.

Результаты наших опытов приведены в таблице.

Штаммы лептоспир	Интервалы между введением смешанной культуры свинке и взятием крови из сердца						Количество опытов
	5 мин.	10 мин.	20 мин.	40 мин.	1 час.	2 часа	
Дмитров № 1	+	0	0	0	0	0	1
Комков	+	+	+	+	+	+	3
Ленинградский	+	+	+	+	+	+	4
Menschen	+	+	+	+	+	+	3
Weil	+	+	+	+	+	+	7
Hebbomadis	—	+	+	+	+	+	2
Ratten	—	+	+	+	+	+	2
						Итого	22

Из таблицы видно, что для получения чистой культуры лептоспир кровь у свинки можно брать в течение первых двух часов после заражения.

В тех случаях, когда лаборатория не располагает морскими свинками, опыт с тем же успехом можно провести на обычной серой крысе (Rattus norvegicus).

★

Майор медицинской службы
Я. М. КРИНИЦКИЙ

СЛУЧАЙ РАНЕНИЯ ЛЕГКОГО И ОКОЛОСЕРДЕЧНОЙ СУМКИ

В медико-санитарный батальон был доставлен красноармеец с диагнозом сквозного огнестрельного ранения грудной клетки. Ранен пулей около 3 часов назад; при ранении некоторое время был без сознания; через $1^1/_2$ часа был доставлен на ПМП, где произвели переливание 500 см³ крови и откуда через 1 час эвакуировали на автомашине в МСБ. Состояние раненого тяжелое, пульс слабого наполнения, легко сжимаемый; синюшность губ; частое поверхностное дыхание; явления беспокойства и возбуждения.

На уровне V ребра слева по средней аксиллярной линии имеется входное огнестрельное отверстие с рваными неровными краями размером 3 × 4 см. Обильное кровотечение. В пятом межреберном промежутке по левой сосковой линии выходное отверстие таких же размеров и формы. Слева притупление перкуторного звука до угла лопатки.

Диагноз: сквозное огнестрельное ранение левого легкого и сердца.

При операции под общим эфирным наркозом обнаружено рваное отверстие в 4 см на левой боковой поверхности перикарда, закрытое большим кровяным сгустком; полость перикарда заполнена кровяными сгустками и жидкой кровью в количестве 200 см³. В момент извлечения сердца по Рену для осмотра произошла внезапная остановка сердечной деятельности. После впрыскивания в сердечную мышцу 1 см³ адреналина деятельность сердца возобновилась. На перикард наложены четыре шелковых шва. Соответственно входному отверстию V ребро оказалось раздробленным; IV и V ребра резецированы. Из полости плевры эвакуировано до 300 см³ жидкой крови. На передне-боковой поверхности нижней доли левого легкого обнаружено касательное ранение длиной в 8 см и глубиной в 2 см. Края раны легкого иссечены, наложено пять кетгутовых швов по Тигелю. Полость плевры осушена; поверхность легкого припудрена порошком белого стрептоцида. Пневмоторакс закрыт обычным двухэтажным швом. Трансфузия 500 см³ свежецитратной крови. В послеоперационном периоде применялась камфора, кофеин, морфин, грелки. Через час пульс заметно улучшился; дыхание стало правильным и ровным; цианоз исчез. В последующие дни состояние больного продолжало улучшаться. Температура субфебрильная, с небольшими ремиссиями; небольшой кашель без крови; тоны сердца чистые; пульс ритмичный. Швы на передней грудной стенке сняты на 8-й день. Больной эвакуирован в тыл на 21-й день в хорошем состоянии.

Д. Г. СВЕРДЛОВ

НОВОЕ В ПРОТЕЗИРОВАНИИ ГЛАЗ

Из ЦИТО (дир. — засл. деят. науки проф. Н. Н. Приоров)

Протезирование глаз остается неразрешенной проблемой. Глазных протезов изготовляется мало, а технологический процесс производства их из стекла и фарфора очень сложен. Мы решили заменить эти материалы пластмассой, широко применяющейся в последнее время при изготовлении зубных и челюстных протезов. Изготовленный нами совместно с инженером Ф. К. Борисовой глазной протез из пластмассы одобрен офтальмологической секцией Технического совета НКЗдрава СССР.

Протезы из пластмассы имеют следующие преимущества: они гораздо прочнее стеклянных и фарфоровых, не разбиваются при падении о каменный пол с любой высоты, не трескаются при резких колебаниях температуры; материал для их изготовления имеется в большом количестве; технологический процесс их производства прост и менее капризен, чем при изготовлении стеклянных и фарфоровых протезов. Производство их может быть организовано при любом госпитале, глазной больнице, зубопротезной поликлинике. Из инвентаря требуется ручной пресс, бюгель и несколько кювет, рассчитанных на вмещение одновременно 6—8 протезов.

Сырьем служат промышленные отходы акриловой группы — акрилат. Акрилат является продуктом полимеризации метилового эфира метакриловой кислоты, метилметакрилата. Для изготовления протеза требуется образец в виде готового протеза или модели — слепка из воска, стенса, снятого с конъюнктивальной полости. Рисунок радужки наносится масляными или акварельными красками на кружке-диске из акрилата или на задней поверхности сегмента шара из прозрачного акрилата, предназначенного для роговицы, радужки и передней камеры. Этот диск или сегмент помещается в углубление, сделанное в склеральной части протеза фрезом. Можно использовать радужку с роговицей старого (разбитого) протеза или изготовлять ее из фарфора или другого материала.

Склеральная часть протеза изготовляется из размельченного в порошок акрилата, подкрашенного соответствующими красителями до нужного цвета склеры человеческих глаз, в соединении с мономером. Для изготовления роговицы с передней камерой требуется порошок измельченного прозрачного бесцветного акрилата в соединении с мономером.

В фарфоровую ступку насыпают порошок акрилата и прибавляют соответствующее количество мономера. При быстром перемешивании пестиком образуется пластичная масса, легко отстающая от ступки и пестика. Для одного протеза средней величины требуется 2—2,5 г окрашенного в цвет склеры порошка и 1,5—2 см³ мономера. Для роговицы с радужкой берут 0,5 г неокра-

шенного порошка и 0,4 см³ мономера. Полученную массу извлекают из ступки рукой и закладывают в холодную гипсовую форму в кювете, заранее приготовленную по данному образцу протеза или слепка.

Сначала изготовляют и закладывают в приготовленное в форме углубление прозрачную массу для роговицы; затем на прозрачную массу наносят кружок-диск из акрилата с зарисованным на нем рисунком радужки и зрачком. В последнюю очередь приготовляют окрашенную массу для склеральной части протеза; ею выполняют оставшееся в кювете углубление. После этого кювету закрывают и ставят на 5—10 минут под ручной пресс с полным давлением. Затем кювету вынимают из-под пресса, зажимают в бюгель, и материал поступает на полимеризацию на водяной бане, нагреваемой в течение 45—50 минут до кипения; кипение поддерживают в течение 30 минут, после чего подачу тепла прекращают. Бюгель оставляют в воде в течение 10—15 минут, а затем извлекают, охлаждают на воздухе в течение 10—15 минут и погружают в холодную воду, где выдерживают его до полного охлаждения. По охлаждении извлекают из кюветы протез, поступающий на отделку и полировку, подобную отделке зубов. После полировки поверхность протеза становится гладкой и блестящей.

Производство искусственных глаз из пластмассы в значительной степени облегчит положение раненых бойцов и увечных граждан.

★

Майор медицинской службы Ф. Т. ВЛАСОВ

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ РАНЕНИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Ранение полового члена в условиях военной обстановки составляет незначительный процент общего числа ранений — от 0,1 до 1,1; за время Великой отечественной войны по нашему МСБ — 0,25%. Очень редки случаи, когда происходит почти полная ампутация полового члена.

В наш МСБ поступил раненый красноармеец К., 23 лет, через 6 часов после ранения осколками мины.

Отмечены ранения: мошонки с выпадением левого яичка, полового члена у основания (половой член почти отделен и держится на кожном лоскуте шириной 1,5—2 см; кавернозные тела и стенка уретры вскрыты), обеих голеней с повреждением кости и сосудисто-нервного пучка правой голени, промежности, обоих бедер.

Острая кровопотеря, шок.

Учитывая, что раны полового члена хорошо противостоят инфекции, мы решили половой член не ампутировать; к тому же в удерживавшем его кожном лоскуте имелись сохранившиеся сосуды. Рану обильно промыли перекисью водорода, освежили края раны острым скальпелем. В центральный конец уретры и периферическую

часть ее ввели катетер, на уретру наложены швы. Четыре кетгутовых шва наложены на кавернозные тела, одним направляющим швом стянута кожа, благодаря чему удалось прикрыть обнаженные кавернозные тела. На рану наложена повязка с хлорамином. Выпавшее левое яичко промыто физиологическим раствором и перекисью водорода и вправлено; после иссечения краев раны мошонки на кожу мошонки наложен один удерживающий шов. В полость мошонки вставлены два небольших тампона с раствором хлорамина. Раны нижних конечностей подвергнуты первичной хирургической обработке, причем на правой голени на переднюю большеберцовую артерию наложены лигатуры; конечности шинированы. После операции произведено переливание крови I (0)—500 см³. Раненый госпитализирован при МСБ.

Назначение: физиологический раствор под кожу, внутрь белый стрептоцид 2,0, а затем через каждые 4 часа по 1,0 в течение 3 суток.

Первый день после операции состояние больного тяжелое, кожные покровы бледны, язык влажный, не обложен, пульс 110 в минуту, удовлетворительного наполнения, температура 38,5°, половой член отечен, кожа имеет темнофиолетовый оттенок. Моча через катетер выделяется свободно.

Второй день: состояние без особых перемен, пульс 100 в минуту, удовлетворительного наполнения, температура 38°, отечность на половом члене несколько увеличилась, цвет кожи без изменений.

Третий день: состояние больного улучшилось, температура 37,8°, пульс 90 в минуту, удовлетворительного наполнения. Перевязка: отечность на половом члене несколько уменьшилась, кожа имеет бледнофиолетовый оттенок, рана у основания члена чистая, гнойного отделяемого нет; повязка с риванолом. Раны в области мошонки и нижних конечностей чистые, без гнойного отделяемого, повязка с риванолом.

Четвертый день: состояние удовлетворительное; температура 37,3°, отечность на половом члене значительно уменьшилась, кожные покровы принимают обычный цвет.

Седьмой день: состояние хорошее, температура в пределах нормы, моча свободно выделяется через катетер. Отечность полового члена исчезла; кожа приняла обычный цвет, рана у основания члена чистая, грануляции свежие. Раны в области мошонки и нижних конечностей чистые, грануляции свежие, за исключением одной раны в области верхней трети правого бедра, где имеется небольшое гнойное выделение. На все раны наложены повязки с риванолом.

На восьмой день раненый эвакуирован в хорошем состоянии с постоянным контролем в ППГ.

Впоследствии раненый писал в госпиталь, что чувствует себя хорошо, все раны зажили, за исключением раны в области верхней трети правого бедра, мочится свободно, не чувствует никаких болей и затруднений при мочеиспускании.

★

СКОРЫЙ СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЛАЖНОСТИ ХЛЕБА

Предлагается простой, скорый и приблизительно точный способ определения влажности хлеба по изменению удельного веса хлороформа, в котором суспендирован хлеб, путем добавления спирта.

Из разных мест каравая или куска исследуемого хлеба берут пробу, которую быстро измельчают в крошки размером в 3—4 мм.

Отвешивают на роговых весах точно 5 г этих крошек, помещают их в цилиндр с делениями на 100 см³ и с притертой пробкой, куда предварительно налито 30 см³ хлороформа (удельный вес 1,48). Закупорив цилиндр, энергично встряхивают его в течение 1 минуты, затем приливают по 1 см³ 95° спирта, энергично встряхивая по 1 минуте после каждого приливания. После каждого встряхивания наблюдают, сколько осело крошек хлеба. Если осела приблизительно половина их, то приливают только по 0,5 см³ спирта и встряхивают по 3 минуты; так продолжают приливать спирт до тех пор, пока не осядут абсолютно все крошки. Отмечают, сколько прилито спирта, и число прилитых миллилитров спирта умножают на эмпирически полученный коэфициент 2,55. Полученное число показывает влажность хлеба в процентах. Например, все крошки осели после приливания 20 см³ спирта, следовательно, содержание воды в этом хлебе равно 20 × 2,55, т. е. 51,1%.

Ошибка при пользовании коэфициентом 2,55 (средним) может достигать 5%; при влажности хлеба выше 40% следует брать коэфициент больше среднего (2,58—2,72), при влажности ниже 40% — коэфициент меньше среднего (2,38—2,21).

Проф. В. А. Углов и ст. лаборант *З. А. Лысенко*

ТЕРМОКОНТРОЛЬ ЗА РАБОТОЙ ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ УСТАНОВОК АВТОЛОВЫМ ТЕРМОМЕТРОМ

Предложенные В. А. Набоковым[1] трубочки-индикаторы, наполненные веществом, точка плавления которого известна, в качестве заменителей обычных ртутных угловых термометров, употребляемых для контроля за температурой в дезинфекционных установках, имеют ряд недостатков: относительная сложность изготовления, отсутствие на местах необходимых веществ-индикаторов, а самое главное — набор трубочек-индикаторов позволяет следить только за поднятием температуры в дезинфекционной камере, но не за ее падением, так как наполняющее трубочку вещество, расплавляясь, перетекает в нижнюю часть трубки. При падении температуры ниже данной точки вещество застывает, но заметить это невозможно, не раскрывая двери камеры и не вынимая трубочки.

Между тем температура в примитивных сухожаровых дезинфекционных камерах при употреблении недоброкачественных дров часто падает на 10—15°.

Это заставило искать другой заменитель угловых термометров, отсутствие которых часто ощущается в полевых условиях и сводит на-нет всю работу примитивной сухожаровой камеры.

С этой целью мы сконструировали «автоловый термометр», принцип действия которого тот же, что и обычных ртутных термометров, т. е. основан на расширении вещества при повышении температуры и наоборот.

Изготовляют автоловый термометр из стреляной гильзы патрона, которую наполняют автолом. Гильзу закупоривают резиновой пробкой или хорошо пригнанной деревянной (но не корковой!). В пробке гноздем прожигают круглое отверстие по диаметру стеклянной трубки. В отверстие вставляют трубку с таким расчетом, чтобы она почти касалась дна гильзы (трубка может быть различного

[1] Набоков В. А., Термоконтроль дезинфекционных установок с помощью химических индикаторов, Гигиена и санитария, № 1, стр. 32—34, 1943.

диаметра — до 1 см). В зависимости от диаметра трубки определяется и ее длина — чем шире трубка, тем она может быть короче и наоборот. Понятно, что чем шире трубка, тем колебание столба масла при изменении температуры будет менее заметно.

В зависимости от диаметра имеющихся трубок подбирают гильзу: если трубки широкие, то употребляют гильзу от ПТР; если трубки тонкие и недостаточно длинные, то большое количество автола в резервуаре, как, например, в гильзе ПТР, недопустимо — будет слишком большой размах колебания уровня автола. В таком случае употребляют гильзу от винтовочного патрона. При гильзе от ПТР и диаметре трубки в 0,5 см колебание столба масла от 40 до 100° достигает примерно 40—50 см. При помощи резиновой трубки можно соединить две короткие стеклянные трубки.

Способ градуировки термометра и его крепление в дезинфекционной камере видны на рисунках. Точка 100° устанавливается путем кипячения воды, в которую

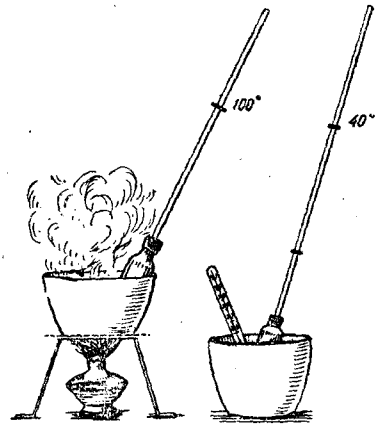


Рис. 1. Градуировка термометра

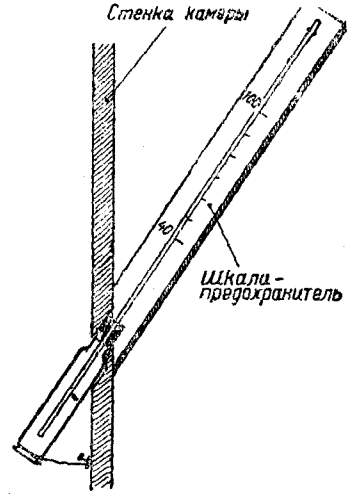


Рис. 2. Масляный термометр
Положение в стенке дезкамеры

погружен автоловый термометр[1], а 40° определяют по обычному медицинскому (максимальному) термометру, погруженному в воду рядом с автоловым термометром. Нужно только учесть, что при нанесении точки 100° автол вытекает из трубки; надо дать вытечь его излишку, а затем, немного вытянув трубку из пробки, оставить некоторый объем воздуха над маслом.

При повышении темратуры на 20—30° уровень масла в термометре из гильзы ПТР устанавливается через 1—2 минуты, термометр из винтовочной гильзы обладает еще большей чувствительностью.

В. В. Черномордиков

ИЗ ПРАКТИКИ ХИРУРГА

Ведущий хирург N-ского госпиталя майор медицинской службы П. М. Рачек испытал в 15 случаях алкогольно-гексеналовый наркоз (25% раствор спирта на физиологическом растворе или 5% растворе глюкозы с добавлением 0,5 гексенала на каждые 500 см³ раствора) и наблюдал длительный наркоз без осложнений.

Майор мед. службы *П. М. Рачек*

★

[1] Лучше в парах кипящей воды. — Ред.

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

ПЕРВАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ХИРУРГОВ N-ского ФРОНТА

Открывая конференцию хирургов N-ского фронта, начальник Санитарного управления фронта генерал-майор медицинской службы Столыпин и главный хирург фронта полковник медицинской службы Зворыкин отметили, что войска фронта прошли за 10 месяцев с боями тысячи километров. В условиях непролазной весенней грязи эвакуация раненых была часто невозможной, передислокация госпиталей также была чрезвычайно затруднена. Тем не менее всем раненым и больным своевременно была оказана квалифицированная врачебная помощь благодаря своевременной переброске госпиталей гужевым транспортом и транспортными самолетами и лечению раненых на месте.

На конференции были заслушаны доклады по следующим вопросам: ранения грудной клетки, переломы бедра и ранения крупных суставов, лечение легко раненых.

Доклад о лечении ранений грудной клетки представил армейский хирург подполковник медицинской службы Ровнов. В прениях хирурги Эбштейн, Винер, Косенкова, Самойлова, Нарменова, Машкудиани, Конторович, Пономарева, Поляков и др. дали положительную оценку шейной ваго-симпатической блокаде как способу снятия шока при ранениях грудной клетки и закрытому дренажу по Бюлау при лечении гнойного плеврита. Диаметрально противоположные мнения высказывались по поводу лечения эмпиемы плевры по способу Вишневского.

Армейский хирург гвардии подполковник медицинской службы проф. Напалков, разбирая вопрос о лечении огнестрельных переломов бедра, указал, что хирургическая обработка по С. С. Юдину с последующим наложением глухой гипсовой повязки широко применяется хирургами госпиталей и дает прекрасные результаты. Демонстративный материал представил армейский хирург подполковник медицинской службы проф. Фисанович, рекомендовавший раннюю резекцию при обширных повреждениях суставов.

Полковник медицинской службы проф. С. С. Юдин сообщил о хороших результатах, полученных при применении его способа хирургической обработки огнестрельных переломов бедра и ранений крупных суставов.

Подробно обсуждался вопрос о лечении легко раненых, которое еще не во всех госпиталях для легко раненых стоит на должной высоте.

По вопросам повестки дня и другим проблемам военно-полевой хирургии выступили заместитель главного хирурга Красной Армии генерал-лейтенант медицинской службы проф. В. Н. Шамов, генерал-лейтенант медицинской службы проф В. И. Воячек, главный уролог Красной Армии полковник медицинской службы проф. Фрумкин, главный гинеколог Красной Армии полковник медицинской службы проф. И. Ф. Жордания и генерал-лейтенант медицинской службы проф. Н. Н. Еланский.

Была организована выставка с демонстрацией изобретений, рационализаторских предложений, усовершенствований, цифровых материалов, схем, диаграмм, муляжей и пр.

Гвардии подполковник медицинской службы
проф. *А. М. Аминев*

★

Генерал-лейтенант медицинской службы
лауреат Сталинской премии акад.
Е. Н. ПАВЛОВСКИЙ

О НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЕ ВОЕННЫХ ВРАЧЕЙ

История русской военно-санитарной службы дает ряд показательных примеров плодотворного участия военных врачей в научно-исследовательской работе даже по тем отраслям науки, которые еще не оформились в то время в России в качестве самостоятельных дисциплин. Я остановлюсь преимущественно на провозвестниках медицинской паразитологии, блестяще развившейся лишь в послеоктябрьскую эпоху. Исследователям-одиночкам принадлежали такие работы, уровень которых иногда был намного выше общего среднего уровня современных научных представлений. Работы их публиковались только на русском языке, и потому о некоторых крупных открытиях, сделанных нашими военными врачами, впоследствии публиковалось за границей как бы впервые.

Военно-медицинская академия ранее выпускала военных врачей, почти не знакомых ни со специфическими условиями предстоящей им службы, ни со структурой и работой воинских частей. Нередко врачи считали военную службу будничной, однообразной, скучной, и слабые духом плыли по течению захолустной жизни, казавшейся беспросветной.

Однако встречались врачи с живой искрой пытливости, которые шли дальше исполнения обычного круга служебных обязанностей. Движимые стремлением к исследовательской научной работе, они продвигались вперед и вносили свою крупицу творческой научной работы в сокровищницу знания.

Работы этих врачей можно распределить по их особенностям на три группы.

1. Научно-исследовательские работы, выходящие из Медико-хирургической академии, ныне Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. Эти работы производились как профессорами и ассистентами, так и прикомандировываемыми из армии военными врачами.

2. Индивидуальные работы военных врачей, выполненные вполне самостоятельно вне связи с академией на местах службы или при специальных командированиях.

3. Наиболее выдающиеся работы военных врачей, выполненные в советское время.

В начале XIX столетия в Медико-хирургической академии была защищена написанная на латинском языке диссертация Спасского, впоследствии профессора зоологии той же академии, о паразитических червях человека. Это была первая или вторая русская работа по гельминтологии. Работы этого рода получили наибольшее развитие у проф. Э. К. Брандта и его преемника проф. Н. А. Холодковского. Оба они окончили Медико-хирургическую академию. Проф. Э. К. Брандт составил первое в России руководство по ветеринарной паразитологии, в котором описаны все известные тогда паразиты домашних животных, в том числе и паразитические черви. Он же перевел на русский язык с обильными дополнениями важную книгу Лейкарта «Общая естественная история паразитов».

При Э. К. Брандте написано военными врачами несколько диссертаций о зараженности паразитическими червями населения некоторых русских городов и воинских частей. Позже окончивший академию Н. И. Рагоза (ныне профессор академии по клинике заразных болезней) написал крупное исследование об изменениях крови при паразитировании широкого лентеца.

Мой учитель проф. Н. А. Холодковский работал по систематике ленточных червей и составил первый на русском языке большой атлас паразитических червей человека. Его ученик, ныне профессор Н. Костылев, ведет гельминтологические работы по систематике скребней.

Некоторые военные врачи прикомандировывались к академии, уже имея печатные работы или темы и даже материалы для диссертации; они встречали обычно помощь со стороны кафедр.

Ряд диссертаций был посвящен санитарно-эпидемиологическому описанию различных городов России, в том числе Севастополя, Кронштадта и др.

Военный врач Виолин привез с Дальнего Востока весьма интересные материалы по народной медицине Китая; другой автор представил материалы о корне жен-шень.

Особый интерес представляют самостоятельные исследования военных врачей, работавших на далекой периферии страны.

Один из них, Л. Боровский, по окончании академии был назначен хирургом в Ташкентский военный госпиталь. В Ташкенте Боровский заинтересовался эндемичной для ряда мест Средней Азии пендинской язвой, причины развития которой были совершенно неизвестны. Заподозрив паразитарную природу болезни, он искал ее возбудителя в соке язвы и в иссеченных кусочках тканей и открыл в протоплазме различных соединительных клеток мельчайшие включения, которые точно описал и изобразил, правильно трактуя их как микроорганизмы. Свою работу с рисунками Боровский опубликовал в 1898 г. на страницах Военно-медицинского журнала, но не дал наименования открытому им возбудителю пендинской язвы и не сопроводил работу сжато формулированным описанием микроорганизмов. Работа не обратила на себя внимания современников, а для заграничных ученых осталась неизвестной. Через 5 лет Райт в Англии сделал аналогичное открытие и дал паразитам название «лейшмания» в честь английского военного врача Лейшмана, каковое название вошло в литературу.

Теперь портрет Л. Боровского водворен в галлерее паразитологов в Мольтеновском институте паразитологии (Кембриджского университета), а данные о его приоритете вошли в некоторые капитальные руководства. Перед началом Великой отечественной войны англичанин С. А. Гоар, окончивший Петербургский университет и некоторое время бывший ассистентом кафедры зоологии в Военно-медицинской академии, выехал в Англию и опубликовал в Трудах королевского общества тропической медицины и гигиены свой перевод работы Боровского и факсимиле его рисунков.

Однако открытые Боровским возбудители пендинской язвы продолжают и будут называться лейшманиями. Профессор Боровский недавно умер в преклонном возрасте.

Пендинская язва вызывала весьма большую заболеваемость в войсковых частях, и многие военные врачи занимались ее изучением, в том числе Гейденрейх, составивший капитальный атлас цветных таблиц с текстом.

Как бы прерогативой военно-морских и военных врачей стало также изучение лихорадки паппатачи. Английские и австрийские военные врачи выяснили основные особенности этой болезни, имеющей большое значение в военном быту. Распространителями этой вирусной болезни являются москиты Phlebotomus papatasii).

Врач Черноморского флота Шредерс правильно распознал в Севастополе эту болезнь, считавшуюся «летне-осенним гриппом». Этот же морской врач защитил докторскую диссертацию, посвященную сравнительно-патологоанатомическому исследованию собранной им коллекции опухолей рыб Черного моря.

Впоследствии мне с сотрудниками удалось разработать меры профилактики лихорадки паппатачи в воинских частях путем борьбы с москитами — ее переносчиками.

В 1922 г. военный врач В. Магнитский установил наличие в Средней Азии местной формы возвратного тифа, приравненной им к африканскому клещевому возвратному тифу. Изучению этой болезни посвящен также ряд работ военных врачей (К. Никишин, Н. Троицкий, Н. Латышев, Л. Коровников, К. Иванов-Беклешов, Масайгис, Ягодин, Чаресткин, И. Москвин и др.).

Н. Латышев в Ташкенте поставил на себе опыт кормления предполагаемых клещей-переносчиков и заболел клещевым рекурренсом (1927). Заразил себя клещевым возвратным тифом также Н. Троицкий. И. Москвин провел изучение своего материала в лаборатории и клинике Военно-медицинской академии, подробно исследуя передачу спирохет клещевого рекурренса клещом-переносчиком Ornithodoros papillipes, а Н. Троицкий проследил своеобразный жизненный цикл этого клеща.

Не мало было сделано в деле борьбы с малярией в Средней Азии и в других местах военными врачами, в некоторых случаях проводившими научно-исследовательскую работу. Первые работы по эпидемиологии малярии в Средней Азии выполнены А. Грековым и Милевским.

Эпидемиология лихорадки паппатачи в Средней Азии как новая проблема была разработана в советское время главным образом военными врачами Латышевым, Висковским, Петровым.

Военные врачи в Белоруссии доказали, что якобы новая болезнь «одутловатка» является не чем иным, как трихинозом.

Военные врачи принимали участие в экспедициях по изучению сезонного энцефалита клещевого и японского под руководством начальника Противоэпидемического управления НКЗдрава СССР полковника медицинской службы Рогозина и проф. А. Смородинцева, также бывшего военного врача.

Исследования экспедиций по сезонным энцефалитам были удостоены Сталинской премии первого разряда по медицинским наукам.

Из работ, выполненных самостоятельно, следует отметить экспедицию Н. Латышева и Позывая в долину Мургаба для изучения москитов и более поздние исследования Латышева уже в составе отдела паразитологии ВИЭМ, установившего, что пендинская язва в зоне пустыни является зоонозом грызунов, отличающимся природной очаговостью. Латышевым был поставлен блестящий опыт ликвидации такого очага в зоне освояемой пустыни.

По клинике пендинской язвы составил книгу работавший в Туркмении военный врач Л. Макарьян. В Ташкенте же опубликовал солидную монографию по вопросу о кала-азаре проф. В. Петров.

Соловьев и Банайтис изучали роль глистного фактора в этиологии аппендицита. Соколовский своей работой над командой санитаров госпиталя показал вредоносность глистной зараженности и влияние ее на потерю трудодней.

Военный врач Г. Смирнов после двухлетнего прикомандирования к академии, стремясь к научной деятельности, поступил на мою кафедру на должность лаборанта. Теперь он стал видным специалистом по патогенезу глистных инвазий; он доктор медицинских наук и имеет звание профессора.

Из военных врачей, работавших вне академии, необходимо отметить Ханеня, который провел весьма энергичную работу по выработке различных дезинсекционных средств, в частности, мыла К и др. Благодаря энергии и энтузиазму Ханеня была создана специальная лаборатория, а затем институт в Москве.

В самой академии военным врачом Л. Окуневским, впоследствии профессором, была создана лаборатория дезинфекции и дезинсекции и выполнен длинный ряд исследований по борьбе с наружными паразитами. В этой лаборатории работал генерал-майор медицинской службы проф. Т. Е. Болдырев, начавший научную работу еще во время своей военной службы на Северном Кавказе.

В НИИСИ под руководством А. Г. Михельсона производились практические исследования по испытанию дезинсекционных средств и камер.

Изложенным далеко не исчерпывается научная деятельность военных врачей в области паразитологии.

Если военные врачи и не могут в период Великой отечественной войны научно разрешать все возникающие вопросы, они во всяком случае должны собирать и сохранять материалы для позднейшего изучения их, а впоследствии должны участвовать в исследовательских работах по изучению особенностей краевой эпидемиологии и медицинской географии, которые обусловливают общий эпидемиологический фон жизни и работы частей Красной Армии.

ПЕРЕЧЕНЬ СТАТЕЙ, РЕФЕРАТОВ И РЕЦЕНЗИЙ, ПОМЕЩЕННЫХ В ЖУРНАЛЕ ЗА 1944 г.

ПОЛИТИЧЕСКИЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ И ПОДГОТОВКА КАДРОВ

Агаджанян А. М., Медицинская помощь раненым в ротном участке. 9—10, 60.

Багдасарьян С. М., Передовая. Всесторонне изучать и умело использовать опыт войны. 1—2, 3.

Багдасарьян С. М., В Ученом медицинском совете при начальнике ГВСУ Красной Армии. 1—2, 87.

Багдасарьян С. М., Военно-медицинский журнал. 1—2, 93.

Багдасарьян С. М., Военная медицина на Ленинградском фронте. 3—4, 3.

Белецкий И. Д., Быховцев В. А. и Наймушин И. М., О подготовке санитаров и санитаров-носильщиков. 5, 53.

Богданов Г. М., Госпиталь в тылу противника. 5, 61.

Владимирова Е. Т., Вынос раненых из ротного района на батальонный медицинский пункт. 5, 49.

Завалишин Н. И., Военная медицина в Отечественной войне. 11—12, 6.

Краскевич В., Образцово поставить партийное хозяйство в госпиталях. 9—10, 21.

Любимова А. К., С переднего края. О выносе раненых с поля боя. 5, 54.

Павловский Е. Н., О творческой научно-исследовательской работе военных врачей. 11—12, 62.

Письма возвращенных в строй. 5, 69.

Письма товарища Сталина начальнику 340 Ташкентского окружного военного госпиталя и Центрального военного госпиталя НКО им. П. В. Мандрыка и Указ Президиума Верховного Совета СССР о награждении орденом Красного Знамени Центрального военного госпиталя НКО. 6, 3.

Приказ Верховного Главнокомандующего № 220 от 7.XI.1944 г. 11—12, 3.

Рыжков С. И., Зимний санитарный транспорт. 1—2, 61.

Черевков В. Г., Герои-медики. 5, 65.

Эмдин П. И., Опыт проведения курсов по нейрохирургии на Воронежском фронте. 9—10, 59.

САНИТАРНАЯ ТАКТИКА

Белкин В. А., Медицинская помощь в партизанских отрядах. 5, 57.

Блюмин И. Ш., Транспортировка раненых с поля боя в зимних условиях. 1—2, 55.

Брюхов А. А., Работа санитарного взвода батальона во время прорыва блокады. 5, 40.

Буков В. А., Об организации эвакуации по назначению раненых и больных из медсанбатов. 6, 18.

Верховский Д. Н., Медицинское обеспечение войск Ленинградского фронта. 3—4, 8.

Викуленко Н. М., Медицинское обеспечение N-ского стрелкового полка в наступлении. 5, 32.

Волков С. П., Санитарное обеспечение сторожевого охранения. 9—10, 43.

Георгиевский А. С., Отдельная рота медицинского усиления. 7—8, 45.

Канн А. М., Санитарное отделение роты при форсировании реки. 5, 51.

Кравченко И. П., Санитарное обеспечение стрелкового батальона в наступлении. 5, 44.

Медяник Ф. П., Батальонный медицинский пункт во время боевой операции. 5, 47.

Павловский В. Н., Медицинское обеспечение наступательных операций армий. 3—4, 54.

Сиверс С. Г. и Куслик М. И., Опыт эвакуационно-сортировочной группировки раненых по срокам лечения. 1—2, 53.

Тер-Мхитаров С. М., Некоторые вопросы санобеспечения стрелковой роты в обороне. 7—8, 51.

Шубин С. Т., Санитарная служба N-ского стрелкового полка в наступательной операции. 5, 36.

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Абрамов М., Медицинская помощь раненым партизанам. 5, 63.

Алесковский П. А. и Занадворов Н. П., Медсанбат во время прорыва блокады. 5, 11.

Алявдин А. А., Организация кожно-венерологической помощи. 7—8, 37.

Барсуков В. П., К методике первичной обработки ран. 9—10, 37.

Барышников К. И., Некоторые вопросы техники скелетного вытяжения. 6, 12.

Блюмин И. Ш., Терапия газовой инфекции при огнестрельных ранениях. 3—4, 103.

Богданов И. Л., Об эпидемиологии и сульфидинопрофилактике цереброспинального менингита. 9—10, 37.

Богомяков М. П., Лечение хронически текущих язв гипсовой повязкой. 9—10, 35.

Вербов А. Ф., К диагностике отморожений в реактивном периоде. 11—12, 44.

Вишневский А. В., Нервный фактор в раневом процессе. 11—12, 12.

Власов Ф. Т., Редкий случай ранения полового члена. 11—12, 57.

Гельштейн Э. М., Некоторые вопросы организации терапевтической помощи на Ленинградском фронте. 3—4, 26.

Герасименко Т. И. и Поляк Б. Л., Купирующая терапия гонобленнореи глаз у взрослых внутривенными вливаниями сульфидина (предварительное сообщение). 1—2, 46.

Глумов И. И., Огнестрельные проникающие ранения грудной клетки. 3—4, 112.

Гольман С. В., Природа двигательных нарушений при ранениях конечностей без повреждения нервных стволов, 11—12, 22.

Гориневская В. В., Комплексное лечение в госпиталях для легко раненых. 6, 4.

Гукасян А. Г., Терапевтическая помощь в полевых лечебных учреждениях во время боевых операций. 3—4, 85.

Давиденков С. Н., О неврологической документации. 7—8, 16.

Дорфман Л. Л., Рационализация изготовления гипсовых лонгет. 1—2, 83.

Дубовский В. Г., Прогноз контрактур. 9—10, 36.

Еланский Н. Н., К вопросу об организации и методике наложения и высушивания гипсовых повязок в условиях ХППГ и эвакогоспиталей. 9—10, 34.

Зац Л. Б., К вопросу о применении электромагнитной помощи при ранениях глаз. 9—10, 5.

Иванов-Смоленский А. Г., Влияние квистала (кокталя) на состояние общего возбуждения у нервно-психических больных. 1—2, 52.

Каган С. Е., Опыт организации ЛОРпомощи в тыловом эвакогоспитале. 9—10, 41.

Карелин В. А., Ранения грудной клетки. 5, 15.

Кованов В. В., Применение свежей крови животных при лечении тяжело раненых и больных. 11—12, 35.

Копылов Ф. А., Техника ампутации. 5, 3.

Криницкий Я. М., Случай ранения легкого и околосердечной сумки. 11—12, 55.

Крупко И. Л., Сущность контрактур при огнестрельных ранениях конечностей, их профилактика в госпиталях для легко раненых. 7—8, 21.

Крупко И. Л., К оперативному лечению контрактур при огнестрельных ранениях конечностей. 9—10, 19.

Кукин Н. Н., Ампутации конечностей с выкраиванием трубчатого лоскута. 1—2, 45.

Куприянов П. А., Некоторые вопросы организации хирургической помощи на Ленинградском фронте. 3—4, 17.

Куприянов П. А., О хирургической обработке огнестрельных ран. 9—10, 3.

Лукьянова Л. А., Организация операционно-перевязочного блока в хирургическом полевом подвижном госпитале. 3—4, 96.

Марков А. М., Борьба с желудочно-кишечными заболеваниями в войсковом районе. 5, 29.

Маскин М. С., Случай удаления из раны неразорвавшейся мины. 9—10, 61.

Михнов С. С., Клиника анаэробной инфекции. 3—4, 109.

Мясник Г. Б., Опыт работы ВВК в гарнизоне. 7—8, 63.

Новинский Г. Д., Ножницы как вспомогательный прибор для диагностики сотрясения мозга. 9—10, 41.

Овечкин В. Р., К экспертизе и лечению травматических невритов. 1—2, 51.

Огурцов В. М., Тренировка опорной функции на блочно-подвесном аппарате при лечении травм военного времени в период ходьбы на костылях. 1—2, 37.

Орловский А. С., Щит и подголовник к носилкам для транспортной иммобилизации раненных в позвоночник в войсковом районе. 9—10, 52.

Парин Б. В., Рубцовые контрактуры после ранения мягких тканей и ожогов в свете лечебно-экспертной работы. 1—2, 33.

Перминов А. Д., Аппарат для одномоментной репозиции отломков при переломе костей бедра и голени. 7—8, 60.

Петров Б. А., Защитные механизмы коленного сустава. 11—12, 38.

Платонов К. К., Классификация степеней переутомления летного состава. 7—8, 33.

Полуэктов Н. С., Сухие реактивы для исследования мочи в полевых условиях. 9—10, 50.

Протопопов И. И., Лечение черепно-мозговых повреждений в условиях армейского тыла 1—2, 51.

Раздьяконов А. М., Случай удаления из раны неразорвавшейся мины. 9—10, 81.

Рапопорт М., Организация терапевтической службы в условиях стабильной обороны. 3—4, 76.

Рачек П. М., Заметка об алкогольно-гексеналовом наркозе. 11—12, 60.

Репетько В. И., Случай удаления из раны неразорвавшейся мины. 9—10, 61.

Свердлов Д. Г., Новое в протезировании глаз. 11—12, 56.

Селиванов П. А., Хирургический полевой подвижной госпиталь в наступательной операции. 3—4, 90.

Сименштейн Г. Н., Письмо в редакцию по поводу книги проф. В. В. Гориневской и М. Г. Рамм. 9—10, 62.

Симонов С. М., Переливание крови, 5, 25.

Слупский Н. Е., Случай перевязки а. анонуса по поводу травматической аневризмы. 1—2, 49.

Ходорков Ф. А., Особенности лечебно-эвакуационной работы в зимних условиях. 1—2, 11.

Шамов В. Н., Организация нейрохирургической помощи во время Отечественной войны. 7—8, 3.

Шишаков П. П., Вращательный аппарат лучезапястного сустава. 9—10, 40.

Шнейдерман И. М., Сортировочно-эвакуационный госпиталь фронтового эвакуационного пункта. 3—4, 43.

Шрайбер М. И., Хирургическое обеспечение двух армейских наступательных операций. 3—4, 70.

Эттингер А. А., Физиотерапия в ВСП при длительных рейсах. 7—8, 40.

Юдин С. С., Хирургическое обезболивание льдом при ампутации конечностей. 1—2, 20.

Рефераты

Р. Ильмен и Ф. Л. Браун, К. Лишер и Р. Ильмен. Экспериментальные ожоги—Л. М. Старокадомский. 1—2, 95.

Гарен Кларк. Применение пластических гелей в качестве наполнителей при лечении ран сульфамидами—Л. М. Старокадомский. 1—2, 96.

К. Троммер, Фронтовые наблюдения над участившимися мочеполовыми неврозами—Л. М. Старокадомский. 1—2, 96.

Ватсон-Джонс и Колтрат, Медленное сращение переломов—Л. М. Старокадомский. 6, 53.

Геза де Такатс, Хирургия кровеносных сосудов на войне—Л. М. Старокадомский. 6, 54.

В. Г. Эллис, О некоторых переломах костей ручной кисти — Л. М. Старокадомский. 6, 53.

ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ

Александров Н. И. и Гефен Н. Е., О сущности биологического действия in vivo бактериофага, антивируса и «полного антигена» микробов. 9—10, 26.

Астафьев А. Д., О предупреждении отморожений ног. 1—2, 76.

Болдырев Т. Е., Основные условия успеха противоэпидемической работы в наступающих войсках. 6, 25.

Бурмакин А. В. и Осадчая, Клиническая характеристика сыпного тифа у привитых по способу проф. М. К. Кронтовской, 6, 39.

Варфоломеева А. А. и Гаврилова А. Н., Очистка лептоспирозных штаммов in vivo. 11—12, 52.

Васюта Д. К. и Харшат И. И., Обеспечение питьевой водой ударной группы армии в наступлении. 9—10, 51.

Веселов Е. А., Деревянные ловушки для грызунов. 9—10, 51.

Висковский С. В., Противоэпидемическое обеспечение войск в условиях Ленинградского фронта. 3—4, 36.

Зильбер Н. Я., Клинико-эпидемиологические особенности инфекционной желтухи. 11—12, 48.

Кротков Ф. Г., Профилактика авитаминозов в войсках. 1—2, 69.

Никстин Н. Н., Устройство сушильного шкафа из консервной банки. 7—8, 60.

Отараев И. Б., Лечение острых желудочно-кишечных заболеваний внутривенными вливаниями риванолового спирта. 7—8, 56.

Скворцов В. В., К вопросу об оценке препаратов для активной иммунизации против дизентерии в войсках. 6, 35.

Углов В. А. и Лысенко З. А., Скорый способ определения влажности хлеба. 11—12, 59.

Черномордиков В. В., Термоконтроль за работой дезинфекционных установок автоловым термометром. 11—12, 59.

Шулькин Е. С., Течение сыпного тифа у привитых вакциной проф. М. К. Кронтовской. 6, 38.

Рефераты

Поляк Б. Л., Эпидемический кератоконъюнктивит вирусной этиологии. 6, 49.

ВОПРОСЫ САНИТАРНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Бондарев А. И., Вьючные одноконные носилки. 9—10, 50.

Бродский Я. А., Древесная пудра—заменитель ваты. 1—2, 85.

Войтенко М. Ф., Импровизация осветительных приборов для освещения медицинских пунктов. 6, 44.

Волков К. Д., Новый распылитель стрептоцида. 9—10, 55.

Геселевич А. М., Стул-носилки для выноса раненых из траншей и для внутригоспитальных переносок. 1—2, 84.

Новожилов Д. А., Ватно-марлевые подушечки к шине Дитерихса. 7—8, 62.

Поляков Н. Г., О заготовках медицинского имущества на местах. 6, 42.

Сергеев М., Носилки-волокуши. 9—10, 49.

Тиманьков К. Д., Очередные задачи медицинского снабжения Красной Армии. 1—2, 80.

Шапиро А. М., О новом методе растворения камфоры. 7—8, 61.

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

Аминев А. М., Первая конференция хирургов N-ского фронта. 11—12, 61.

Лукомский И. И., Работа Московского общества невропатологов и психиатров в дни Великой отечественной войны. 1—2, 92.

Макридин В. П., Отчетная сессия в госпитале легко раненых. 1—2, 89.

Марголин, 9-я научная конференция госпиталей фронтового эвакопункта N-ского фронта. 9—10, 57.

Ручковский Б. С., 2-я армейская хирургическая конференция N-ской армии. 9—10, 56.

Угаров Н. С., Совещание руководящего состава N-ского фронта. 9—10, 58.

Хроника

Рябов Г. З., 25-летие Центрального военного краснознаменного госпиталя им. П. В. Мандрыка. 6, 47.

Хроника военно-санитарных учреждений. 3—4, 117.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ

Павлов С. Т., Рецензия на книгу проф. А. С. Зенина «Кожные болезни в практике войскового врача». 6, 55.

Пионтковский И. А., Рецензия на справочник проф. А. П. Парфенова «Физиотерапевтическая рецептура при лечении боевых травм». 6, 56.

Перечень статей, рефератов и рецензий, помещенных в журнале за 1944 г. 11—12,...

А13351. Подписано к печати 24/II 1945 г. Заказ 3214

Типография „Красное знамя", Москва, Сущевская, 21.

ОБМЕН ОПЫТОМ

Проф. В. А. Углов и З. А. Лысенко. Скорый способ определения влажности хлеба . 59

В. В. Черномордиков. Термоконтроль за работой дезинфекционных установок автолевым термометром 59

Майор медицинской службы П. М. Рачек. Из практики хирурга 60

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

Гвардии подполковник медицинской службы проф. А. М. Аминев. Первая конференция хирургов N-ского фронта . . . 61

ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Генерал-лейтенант медицинской службы, лауреат Сталинской премии, акад. Е. Н. Павловский. О научно-исследовательской работе военных врачей 62

Перечень статей, рефератов и рецензий, помещенных в журнале за 1944 г. на вкладке.

Interchange of experience

Prof. V. A. Uglov and Z. A. Lysenko. A quick method of determination of the bread humidity 59

V. V. Chernomordikov. Thermocontrol of disinfecting appliences with autol thermometer 59

P. M. Rachek, Major, Medical Corps. From the surgeon's practice 60

In the Medical Associations and on the Scientific Conferences

Prof. A. M. Aminev, Lieutenant-Colonel in Guards, Medical Corps. The first conference of the surgeons of the N. Front . . 61

From the history of the military medicine

E. N. Pavlovsky, Academy Member, Lieutenant-general, Medical Corps, Laureate of the Staline prize. On the creative research-scientific work of the military surgeons 62

The List of articles, abstracts and references printed in the Military Medical Journal in year 1944 на вкладке.

4 руб.